Rok LXIII. Kraków 24 Września 1904. Nr. 39.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki chirurgicznej Radcy Dworu Prof. L. Rydygiera we Lwowie.

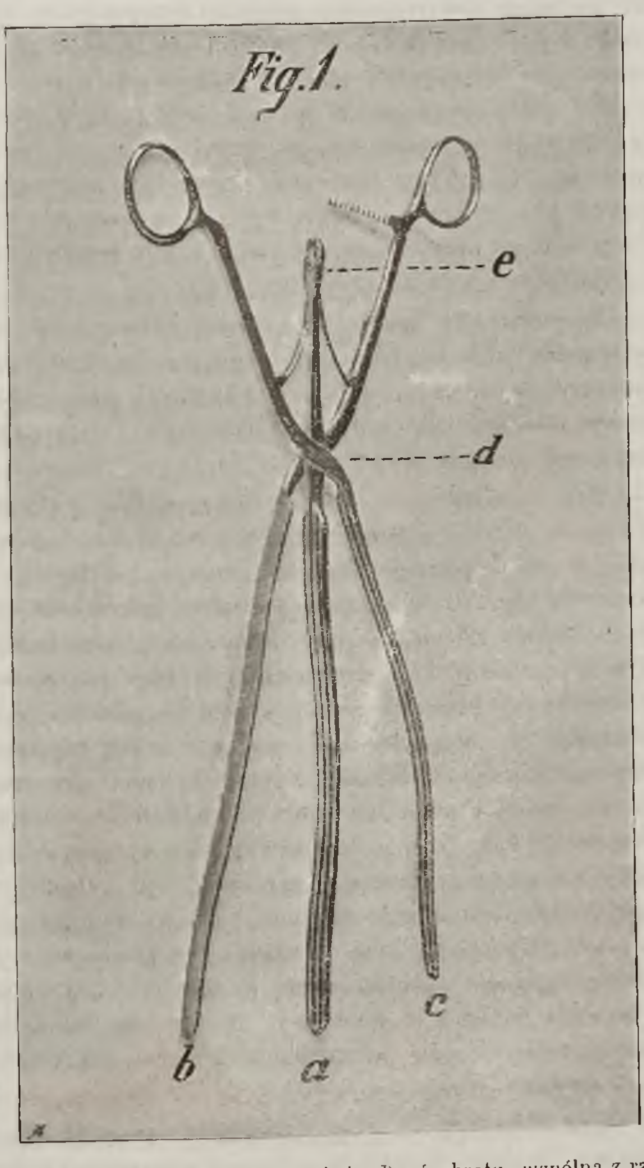
„Trójlistne kleszcze" w zastosowaniu praktycznem.

Podał

Doc. Dr. M. W. Herman,

asystent kliniki.

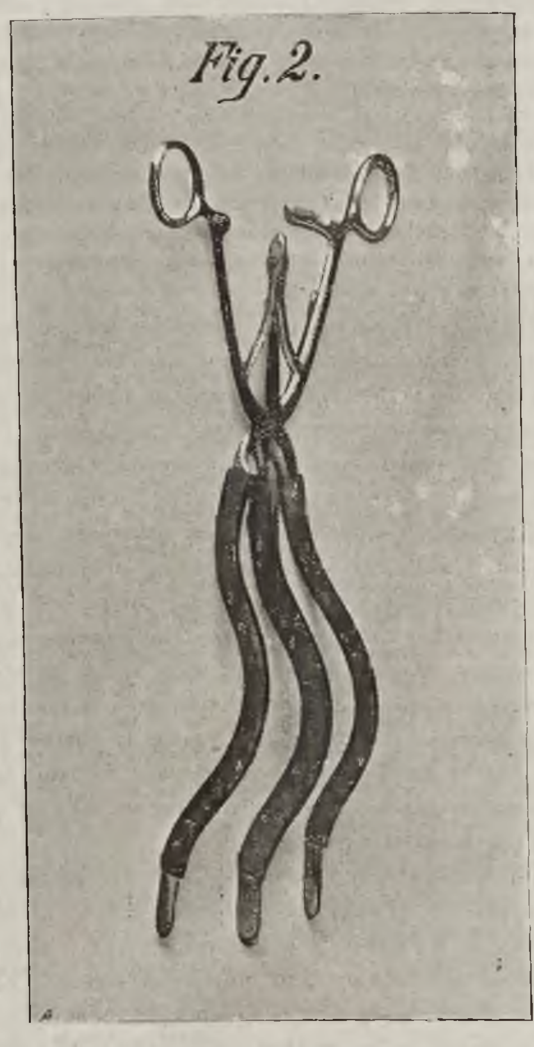
Przedstawiając przed kilkoma miesiącami w Towarzystwie lekarskiem lwowskiem kleszcze trójlistne, które miały pod pewnym względem ułatwić założenie trwałej przetoki



a) ramię środkowe, mające w punkcie d) oś obrotu, wspólną z ramionami zewnętrznemi b) i c); e) widełki utrzymujące ramię środkowe w niestałym stosunku do ramion zewnętrznych.

między żołądkiem a jelitem czczem i opisując je później, wyraziłem przekonanie, że przyrząd ten zdoła zastąpić jednego asystenta i to wprawnego. Kleszcze owe bowiem nie tylko zaciskają odpowiednią część żołądka i jelita do tego stopnia, że nie zgniatając samychże ścian, nie dozwalają, aby treść z nich wylała się do jamy otrzewnej, lecz równocześnie ustalają odpowiednie okolice żołądka i jelita w jednem niezmiennem położeniu obok siebie.

Twierdzenie to opierałem wówczas na kilku doświadczeniach z naszej pracowni (na psach) i na jednem spostrzeżeniu z kliniki. Dzięki uprzejmemu zajęciu się temi kleszczami Szefa mego Radcy Dworu Prof. L. Rydygiera, kleszczy trójlistnych od tego czasu jeszcze 5 razy użyto



w klinice, cztery razy przy gastroenterostomii tylnej (m. Hacker), a raz przy przedniej (m. Wölfler).

Pomijam opis kleszczy, co już gdzie indziej uczyniłem[1] i sądzę, że obejrzenie dołączonych rycin wystarczy do zrozumienia ich budowy.

[1]) Wiener klinische Wochenschrift 1904, Nr. 8.

Technika zaś użycia kleszczy trójlistnych jest wcale prostą. Operując n. p. sposobem v. Hackera postępujemy tak: Odszukawszy odpowiednią pętlę jelita i ustaliwszy cypl tylnej ściany żołądka w szczelinie krezki poprzecznicy kilkoma szwami węzełkowymi, okręcamy jelito tak, aby ruch robaczkowy w ramieniu odprowadzającem przebiegał równolegle do ruchu robaczkowego żołądka. Asystent, stojący naprzeciw, przytrzymuje przy sobie żołądek i jelito, operator zaś wsuwa między nie ramię środkowe kleszczy, oba zaś ramiona zewnętrzne zakłada na żołądek, względnie jelito. Przekonawszy się raz jeszcze, że rzeczywiście mamy między ramionami kleszczy tylko te części przewodu pokarmowego, które są jedynie potrzebne, a nic po nadto, zamykamy kleszcze i zaciskamy je o tyle, o ile potrzeba, aby uchwycone kleszczami części z pomiędzy ich ramion się nie wysuwały. Zwykle tętnice zostają przy tem tak zaciśnięte, że z przeciętych ścian zgoła nie krwawi. Kilka razy zauważyliśmy, że mimo dokładnego zaciśnienia z pomiędzy ramion kleszczy żołądek się wysuwał (nigdy jelito), zwłaszcza w stronie, zwróconej do trzonka kleszczy. Temu zapobiegaliśmy, chwytając zaciśnięte ścianki żołądka tuż ponad kleszczami, haczykowatemi szczypczykami Chaputa. Tę niedokładność w działaniu kleszczy usunąćby można przez pewną poprawkę techniczną w ich budowie, mianowicie przez zetknięcie ich ramion już przy samym zamku. Z obawy bowiem zgniecenia ścian żołądka, w modelu pierwotnym ramiona zewnętrzne tak były ustawione (przez odpowiednie odgięcie), że nawet po całkowitem zamknięciu kleszczy między wewnętrznemi powierzchniami ramion pozostawała wolna przestrzeń, wysokości około 3 mm. Praktyka przekonała nas, że to zbyteczna ostrożność. Założywszy kleszcze, okrywamy pole operacyjne dużymi płatami gazy wyjałowionej, osłaniającymi całą jamę brzuszną i trzewa, jeden zaś płat wsuwamy popod kleszcze pomiędzy żołądek i jelito. Rozpoczynamy szyć. Najpierw więc tylny szew Lemberta, potem po nacięciu warstwy surowiczej i mięsnej, tylny (t. z. pierwszy) rząd Czernyego. Po założeniu tego szwu przecinamy błonę śluzową jelita i żołądka bez najmniejszej obawy, aby cokolwiek z nich wypłynęło, i na błonę tę zakładamy szew obrąbkowy najpierw od tyłu, potem od przodu, poczem następuje szew przez surowiczą i mięsną od przodu. Po założeniu tego szwu zdejmujemy już kleszcze, stały się bowiem zbyteczne i utrudniałyby tylko szerokie wpuklenie ścian surowiczych przy zakładaniu ostatniego rzędu szwu Lemberta od przodu.

W klinice Rydygiera przetokę żołądkowo-jelitową zakładamy z zasady, znieczuliwszy powłoki brzuszne płynem Schleicha (Nr. II). Do uśpienia ogólnego (chloroformowo-eterowego) uciekamy się tylko wyjątkowo i to tylko wówczas, gdy przed operacyą nie można stanowczo wyłączyć możności wycięcia odźwiernika. Więc w przeważnej liczbie przypadków odpada potrzeba asystenta, prowadzącego narkozę. Jeżeli zaś przed operacyą przyrządzimy sobie wszystkie szwy, jakie w dalszym ciągu mogą być potrzebne, jeżeli odpowiednio rozłożymy narzędzia i umieścimy je pod ręką, możemy śmiało, mając jednego tylko asystenta i to niekoniecznie wprawnego, przystąpić do gastroenterostomii. Praktyka bowiem pouczyła, że kleszcze trójlistne, jeżeli nie zastąpić, to w każdym razie wyręczyć zdołają asystenta, obarczonego trudnem i odpowiedzialnem zadaniem: ustalania i zaciskania żołądka i jelita.

Tym wskazaniom równocześnie zadość nie czyni żaden z przyrządów, dotychczas podanych przez A. Guinarda, Laplacea i Naratha, o których wspominałem w pierwszem swem ogłoszeniu, tem mniej zaś kleszcze Fr. Hansyego, o których się dowiedziałem już później [2]). Obmyślano je bowiem tylko w tym celu, aby przez zaciśnięcie kleszczami odpowiedniej części żołądka zapobiedz wylaniu się zeń treści, innemi zaś kleszczami zaciskają jelito. Przeto jeden z asystentów musi kleszcze te, a raczej części żołądka i jelita, przez nie odgraniczone, przez cały czas operacyi dostosowywać. Przy używaniu kleszczy trójlistnych potrzeba ta odpada, gdyż stojący naprzeciw operującego asystent ma właściwie jedno tylko zadanie: przytrzymywanie szwów. Każdej więc niemal chwili odejść może, aby podać czyto świeży szew, czy też jakieś narzędzie. Między operowanymi sześcioma przypadkami nie natrafiliśmy na taki, w którymby z powodu zrostów w otoczeniu żołądka wykonanie operacyi napotykało na trudności techniczne, nie mogę więc nic powiedzieć o pożyteczności tych kleszczy w trudnych przypadkach, o których także myślałem, obmyślając ten przyrząd. Nie zdarzyła się też w tym czasie sposobność zastosować kleszcze przy zakładaniu przetoki między ramionami pętli jelita, czy kiszki, blizną czy nowotworem zwężonych. Z tego jednak, co już widziałem, sądzę, że pomoc kleszczy trójlistnych w tych przypadkach pożądana ze względu na niemożność opróżnienia ramienia doprowadzającego, byłaby wcale znaczną.

Z sześciu chorych, u których zakładaliśmy przetoki żołądkowo-jelitowe (z powodu raka odźwiernika) przy pomocy naszych kleszczy, pierwsza zmarła w 48 godzin po operacyi. Sekcya stwierdziła, że przyczyną śmierci było daleko posunięte zwyrodnienie mięśnia sercowego i drobne ognisko zapalne w płucach. U czterech następnych przebieg pooperacyjny był zupełnie gładki, jakkolwiek byli to chorzy tak już wyniszczeni, że jedynie z niechęcią i zmuszeni moralnie przez otoczenie chorego ważyliśmy się na gastroenterostomię. W szóstym wreszcie przypadku rozwinęło się zapalenie płuc po lewej stronie u dołu, które przez pierwszych dziesięć dni po operacyi utrzymywało nas w niepewności co do ostatecznego wyniku pooperacyjnego.

W pierwszym przypadku dzięki autopsyi, w następnych przez pilne śledzenie przebiegu pooperacyjnego przekonaliśmy się, że użycie kleszczy trójlistnych przy gastroentostomii nie sprawia żadnego ubocznego, niepożądanego skutku szkodliwego

Tak usunięte zostały ostatecznie wszelkie wątpliwości i skrupuły, któreby odstręczać mogły od użycia tego przyrządu. I dziś, opierając się już nietylko na szeregu doświadczeń, lecz na dostatecznej liczbie spostrzeżeń klinicznych, śmiało zalecić możemy kleszcze trójlistne każdemu, kto musi operować bez dostatecznej i dostatecznie wprawionej asysty, jak niemniej i temu, kto ze względu na łatwiejsze zachowanie aseptyki woli operować z jak najmniejszą (liczebnie) asystą. W klinice wypróbowaliśmy oba modele kleszczy, mniej i więcej wygięte. Oba oddawały nam równie dobre usługi, ale że modelem mniej wygiętym (por. fig. 1) pracuje się prościej, łatwiej i zgrabniej, ten zalecilibyśmy do użycia i to tembardziej, że model bardziej wygięty obmyślany był głównie dla tych trudnych przypadków, w których wyciągnięcie żołądka ponad poziom rany laparatomijnej natrafia na wielkie trudności. Nie mamy zaś żadnego dowodu, o ile w tych przypadkach kleszcze takie lub podobne się przydadzą.

Szefowi memu Panu Radcy Dworu Prof. L. Rydygierowi dziękuję serdecznie za wypróbowanie kleszczy w Jego klinice.

[2]) Zentralblatt f. Chirurgie 1904, Nr. 18.

II. Z oddziału prof. Dr. Rosnera w szpitalu św. Łazarza (Szkoła położnych).

Przyczynek do sprawy ciąży pozamacicznej trąbkowej.

Podał
Dr. T. Piotrowski,
asystent oddziału

(Dokończenie.)

Pozostanie tylko rozstrzygnąć, jaka jest przyczyna krwotoku do jamy brzusznej, co zwykle nie sprawia wielkich trudności, jeśli się uwzględni, że przyczyn tych jest w ogóle bardzo niewiele. Jeśli chora jest kobietą przedtem zdrową niegorączkującą, u której zatrzymała się miesiączka choćby przez czas krótki i u której istnieją objawy ciąży (sutki), jeśli się nadto stwierdzi powiększenie macicy i opór po jednej stronie obok macicy, to rozpoznanie wobec s wierdzenia ostrej niedokrewności nie może budzić żadnych wątpliwości. Pozostanie odpowiedź na pytanie dodatkowe i daleko mniej ważne, jaka jest postać przerwania ciąży: poronienie, czy pęknięcie; dalej w jednym i drugim przypadku, czy jaje opuściło trąbkę, czy jeszcze w niej tkwi. Wątpliwości te, mające małe znaczenie dla rokowania i leczenia, można próbować rozstrzygnąć w myśl powyższych uwag.

Nim zastanowimy się nad leczeniem, musimy sobie pierwej uprzytomnić, co się stanie, jeżeli się ciąża zamaciczna przerwie. Jeżeli nastąpiło poronienie, czy to zupełne, czy niezupełne, czy przy utrzymanej, czy pękniętej trąbce, to zejście zależeć będzie nietyle od samego jaja, ile od ilości wylanej krwi. Przy gwałtownym krwotoku następuje śmierć skutkiem skrwawienia się do brzucha. Przy powolnym krwotoku do wolnej jamy otrzewnej może także nastąpić skrwawienie albo posokowate zapalenie otrzewnej skutkiem dostania się bakteryi z jelit do wylanej krwi, albo otorbienie się nagromadzonej krwi i ta dopiero uledz może wessaniu, zropieniu, albo zagęszczeniu.

Zropiały krwistek może znowu przebić do otrzewnej i wywołać ropne zapalenie z zejściem śmiertelnem, albo przebić do narządów sąsiednich, lub przez powłoki. Pozostawienie więc przerwanej ciąży pozamacicznej bez odpowiedniego leczenia, jeżeli nie wywoła natychmiast śmierci, to staje się przyczyną tak ciężkich spraw, że ich następstwem może być w końcu także śmierć albo długotrwała choroba, a często i stałe upośledzenie zdrowia.

Leczenie więc ciąży pozamacicznej jest koniecznem.

Zachodzi teraz pytanie, jak się ma zachować lekarz, rozpoznawszy ciążę zamaciczną. Zależeć to będzie oczywiście od tego, czy znajdzie się wobec przypadku świeżego, a więc ciąży rosnącej, nieprzerwanej, czy wobec przerwania ciąży.

Nie ulega żadnej wątpliwości, że rozpoznanie ciąży wczesnej, świeżej i rosnącej, pociąga za sobą wskazanie do jaknajrychlejszej operacyi. Zasada ta jest dziś chyba powszechnie uznaną. Operacya doszczętna w tych przypadkach wczesnych jest łatwa i życiu nie zagraża, wyczekiwanie zaś wywołać może jaknajgroźniejsze następstwa.

W trudniejszem położeniu znajduje się lekarz, wezwany do chorej, u której ciąża zamaciczna przerwała się. Może on wówczas znaleźć grożące poronienie z krwawieniem do trąbki i z towarzyszącymi temu stanowi napadowymi kurczowymi bolami, dalej może się znaleźć wobec poronienia trąbkowego lub przerwania trąbki z krwotokiem w postaci krwisteka, lub wylewu do wolnej jamy brzusznej.

W pierwszym przypadku, to jest jeśli sprawa ogranicza się do zmian w trąbce i nie ma wylewu krwi do jamy brzusznej, operacyę doszczętną należałoby podjąć jaknajrychlej, gdyż tylko w niewielu przypadkach kończy się sprawa wytworzeniem zaśniadu w trąbce. Najczęściej jest to pierwszy akt przerwania ciąży, po którym, czasem bardzo rychło, pęka trąbka, lub powstaje poronienie z krwotokiem do jamy brzusznej. Liczyć na to, że może w danym przypadku do tego nie dojdzie, byłoby lekkomyślnością; i owszem korzystać trzeba z tego, że chora jeszcze się nie skrwawiła i dzięki temu zniesie zabieg operacyjny łatwiej. Zresztą prócz niebezpieczeństw, które wyczekiwanie za sobą pociąga, należy uwzględnić także i długość choroby w przypadkach, leczonych zachowawczo. I tak w naszym przypadku l. 2 leczenie trwało bardzo długo, cierpienia były wielkie i należy przypuszczać, że bez doszczętnej operacyi powrót do zdrowia byłby bardzo a bardzo powolny.

Jeżeli chora nie zgadza się na operacyę, należy przynajmniej uczynić wszystko, żeby w razie nagłego wskazania operacya mogła być natychmiast przedsięwzięta. Jako dowód, że ostrożność taka jest pożądana, posłużyć może przypadek 10. Rozpoznanie ciąży zamacicznej z wytworzeniem się zaśniadu nie ulegało żadnej wątpliwości. Gwałtowne napadowe bole, towarzyszące krwawieniu do trąbki, ustały, stan chorej był zupełnie dobry, mimo to chorą umieszczono w Domu zdrowia i stale, dzień i noc, wszystko przygotowane było do zabiegu. Trzeciego dnia pobytu w zakładzie po nieznacznych stosunkowo bolach chora zaczęła blednąć i słabnąć, tętno, przedtem prawidłowe, przyśpieszyło się znacznie tak, że kiedy przystępowaliśmy do operacyi wynosiło przeszło 140 uderzeń na minutę. W jamie brzusznej znaleźliśmy ogromną ilość krwi płynnej. Jest prawdopodobnem, że kilkogodzinna zwłoka mogłaby była wywołać śmierć tej chorej.

Podobny przebieg miał przypadek 13. I tutaj pewnem było, że wytworzył się zaśniad krwawy w trąbce. Ani krwisteku, ani wylewu do wolnej jamy brzusznej nie było wcale. Chorą przewieziono na oddział, przygotowano wszystko do niezwłocznej operacyi, ze względu jednak na wolę rodziny postanowiono wyczekiwać. W 10 dni po przyjęciu chorej do szpitala wystąpił niespodzianie krwotok do wolnej jamy brzusznej, który nas zmusił do bezzwłocznej operacyi.

Jeżeli lekarza wezwano do chorej, u której z tej, czy innej przyczyny powstał w toku ciąży zamacicznej krwotok do wolnej jamy brzusznej, to skoro tylko rozpoznano krwotok, powinien lekarz albo sam przystąpić do operacyi, albo, gdyby zewnętrzne warunki (n. p. brak asystencyi) na to nie dozwalały, powinien postarać się o to, żeby operacya ta na miejscu, t. j. bez przewożenia chorej mogła być szybko wykonaną. Jest to wymaganie tak naturalne, tak odpowiadające zasadniczym pojęciom chirurgicznym, że nie potrzeba tu dalszego dowodzenia. Każdy krwotok, zagrażający życiu, powinien być tamowany. Zupełnie słusznie twierdzi Gusserow, że samo rozpoznanie krwotoku wystarczy, aby wykonać la-

parotomię; operacyę przedsiębierze się z powodu krwotoku, a nie celem leczenia ciąży zamacicznej. Naturalnie przy tej sposobności usuwa się źródło innych niebezpieczeństw, t. j wycina się chorą trąbkę. Należy zdać sobie z tego sprawę, że operacya jest jedynym sposobem tamowania krwotoku, że wszelkie inne sposoby, jak okłady lodowe, ergotyna t i. d. i t. d., nie mogą tu nic pomódz, że co najwyżej krwotok sam przez się może ustać, na co liczyć nie mamy prawa. Zresztą o ile czekanie naraża chorą na największe niebezpieczeństwa, o tyle zabieg operacyjny jest w tych przypadkach najczęściej łatwy i mało niebezpieczny, o ile jest dość wcześnie wykonany. Wśród krwotoku do wolnej jamy brzusznej, a więc podczas ostrej niedokrewności, operowaliśmy 8 razy, z tego cztery razy w najniekorzystniejszych warunkach w domu prywatnym, na zwyklym stole i przy złem oświetleniu. Trzy razy (z tych czterech) operowano w nocy przy świetle lampy naftowej. W jednym przypadku niedokrewność była tak znaczna, że chora prawie już konała i zabieg odbyć się musiał prawie bez uśpienia. Wszystkie te chore zniosły zabieg doskonale; u żadnej nie było powikłań, któreby można wprowadzić w związek z operacyą. Z ośmiu tych chorych trzy przebyły po operacyi ciążę i poród, jedna z nich, operowana w 1908, nawet dwa porody.

Daleko trudniejszem jest zadanie lekarza w tych przypadkach, w których wśród przerwania ciąży zamacicznej wytwarza się krwistek, a nie wylew krwi do wolnej jamy brzusznej. Faktem jest, że doraźne niebezpieczeństwo śmierci z ostrej niedokrewności jest przy wytworzeniu się krwisteku mniejsze, choć bynajmniej nie wyłączone. Nie mam zamiaru opisywać dokładnie powstawania krwisteku i klinicznego przebiegu cierpienia, leczonego zachowawczo; zaznaczam tylko, że 1) krwawienia z trąbki do krwisteku mogą powtarzać się nawet po dłuższej przerwie i spowodować zejście śmiertelne, tak że bardzo trudno rozstrzygnąć pytanie, czy sprawa, wywołująca krwawienie, jest już skończoną; 2) nawet w korzystnych przypadkach choroba trwa bardzo długo, zwykle dłużej, niż trzy miesiące, czasem, dłużej, niż $^1/_2$ roku; 3) choroba nawet w tych przypadkach, które nie grożą niebezpieczeństwem dla życia, łączy się z nieznośnymi bolami; 4) nawet w późnym okresie choroby możliwym jest niekorzystny zwrot, polegający na zropieniu krwisteku; 5) krwistek, ustępujący powoli, może być przyczyną zmian na otrzewnej w postaci zrostów, które, o ile dotyczą trąbki nieciężarnej, stać się mogą przyczyną niepłodności, o ile przytwierdzają kiszki, sprawić mogą ich niedrożność.

Te wszystkie względy przemawiają za tem, że i w tych przypadkach najodpowiedniejszym sposobem leczenia jest operacya doszczętna. Usuwa ona w zupełności niebezpieczeństwa, wymienione pod 1) do 4), jeśli zaś wykonano ją należycie, zmniejsza prawdopodobieństwo następstw, wspomnianych w punkcie 5).

O ile wskazanie do operacyi w przypadkach krwotoku do wolnej jamy brzusznej jest bezwzględne, o tyle krwistek stanowi wskazanie względne, jak długo krwawienie nie sprowadza ostrej, życiu zagrażającej niedokrewności. Można tu indywidualizować, odkładać operacyę z tej lub owej przyczyny, wreszcie przewozić chorą, o ile naturalnie nie ma nawrotu krwawienia. W każdym jednak razie należy pamiętać, że nawrót taki każdej chwili powstać może, i umieścić zawczasu chorą tam, gdzie operacya w razie koniecznej potrzeby natychmiast wykonaną być może. Tymczasem polecić należy zupełny spokój w łóżku i *narcotica* w razie bolów. Z powodu tworzenia się krwisteku operowaliśmy cztery razy z pomyślnym wynikiem i to w przypadkach świeżych, w których nawrót krwawienia nie był wyłączony.

Wreszcie dwa razy operowaliśmy w przypadkach, w których po pęknięciu trąbki, lub też ściany macicy przy rozwoju ciąży śródmiąższowym, upłynęło kilka miesięcy. W obu przypadkach znaleźliśmy płód zmumifikowany w jamie brzusznej w związku z miejscem dawnego rozwoju. W obu przypadkach stan ten rozpoznano przed operacyą. Wskazanie operacyjne było tu zupełnie jasne; chodziło o usunięcie niebezpieczeństw, które tym chorym groziły w przyszłości przez ropienie w jamie brzusznej lub wskutek niedrożności przewodu pokarmowego. Obie chore zniosły doskonale zabieg operacyjny.

O zachowaniu się wobec przypadków, w których płód żywy rozwija się poza macicą do prawidłowego kresu ciąży, nie wspominam, gdyż opieram się w niniejszych uwagach tylko na przypadkach powyżej przytoczonych, między którymi przypadku o takim przebiegu nie było.

Co się tyczy techniki operacyjnej, to posługiwaliśmy się zawsze laparotomią, nawet w przypadkach krwisteków, wypełniających zatokę Douglasa.

Niewątpliwie operacyę doszczętną przez kolpotomię od przedniego lub tylnego sklepienia można wykonać, ma ona jednak pewne niekorzyści. Silne unaczynienie w tych przypadkach czyni każde rozdarcie tkanki w zakresie więzadła szerokiego lub w okolicy *lig. infundibulo — pelvicum* bardzo niebezpiecznem, gdyż ze szczelin takich krwotok bywa silny, a przy operowaniu przez pochwę niekiedy trudno go zatamować. Ponieważ najczęściej chore już są niedokrewne, przeto nie wolno nam narażać ich na krwawienie z ran, operacyą zadanych. Zresztą laparotomia stwarza bez porównania lepszy dostęp do miejsca chorego, pozwala rozpatrzeć się w położeniu, umożliwia wyszukanie jaja, gdyby po urodzeniu się z trąbki leżało między kiszkami, i jak wyżej wspomniałem, nie otwiera nowych źródeł krwawienia, a ułatwia opanowanie krwotoku, spowodowanego pęknięciem lub poronieniem.

Operacyę wykonywaliśmy w następujący sposób:

Po otwarciu jamy otrzewnej podnosimy zapomocą pętli macicę ku górze, oddzielamy zlepy i zrosty, chwytamy trąbkę blizko macicy w zaciskadło, powyżej którego ją przecinamy. Wyjąwszy trąbkę wraz z jajem płodowem, wydobywamy z jamy otrzewnej skrzepy krwi i nadmiar krwi płynnej, zalewającej pole operacyjne, następnie podwiązujemy z osobna pojedyncze naczynia, poczem na pozostały kikut, t. j. trąbkę i część więzadła, zakładamy szew otrzewnowy sposobem Lamberta. Po obszyciu kikuta zapuszczamy macicę do miednicy małej i usuwamy krew, zlewającą się z pomiędzy jelit do zatoki Douglasa, poczem powłoki zaszywamy w całości, zakładając osobny szew na otrzewnę, szwy głębokie przez skórę i warstwę mięsną, osobno powięź i dodatkowo samą skórę Dokładnego oczyszczenia jamy otrzewnej, t. j. przemywania roztworem soli

lub innym płynem w celu usunięcia krwi z pośród jelit, nie robimy, a to dlatego, że wylana krew ulegnie wessaniu, z im mniejszą zaś przestrzenią otrzewnej stykamy się przy operacyi, tem pewniej unikniemy następowego zapalenia, a w końcu im krócej trwa operacya, tem pewniejsza aseptyka i mniejsza szkodliwość usypiania, a więc i lepsze rokowanie. Zawsze wycinamy trąbkę, chociażby nawet była cała i pusta, a jajnik, o ile można, pozostawiamy.

Do podwiązywania i szycia używamy katgutu, wyjątkowo tylko jedwabiu.

Kończąc niniejszą notatkę składam serdeczne podziękowanie wszystkim kolegom, którzy byli łaskawi donieść mi o obecnym stanie operowanych.

III. Wyciągi.

Wertheimber. **O znaczeniu rozpoznawczem i leczniczem nakłucia lędźwiowego w zapaleniu opon mózgowych.** (*Münch. medic. Wochenschrift*, 1904, Nr. 23). Quincke pierwszy w r. 1891 wykonał i poznał znaczenie nakłucia lędźwiowego. W ropnem zapaleniu opon mózgowych zapomocą nakłucia można wydobyć ropę, ale także płyn surowiczy, w gruźliczem zapaleniu opon nakłucie wydobywa oczywiście płyn surowiczy, w którym dokładne i umiejętne badanie wykaże często prątki gruźlicze. Prątków brakuje w płynie, wydobytym przez nakłucie, w wodogłowiu, nowotworach mózgu i w surowiczem zapaleniu opon mózgowych, opisanem poraz pierwszy przez Quinckego, w których to chorobach ilość i ciśnienie płynu mózgowordzeniowego są wzmożone. Oczywiście, że także u zdrowego znajduje się pewna ilość płynu mózgowo-rdzeniowego, który przy nakłuciu pod bardzo nizkiem ciśnieniu, odpowiadającem 40—60 mm. wody, w kroplach występuje. Jeśli zaś w warunkach chorobowych płyn się powiększa, to i ciśnienie w przestrzeni podoponowej wzrasta zwykle do 150—300, a nawet do 700 mm., a ilość wydobytego płynu może wtedy wynosić 3—100 cm. sz., średnio 20 cm. sz.

Co się tyczy działania leczniczego, to wyniki są dość niekorzystne. Tylko Freyhan osiągnął raz wyleczenie gruźliczego zapalenia opon mózgowych, w którym to przypadku w płynie, wydobytym przez nakłucie, stwierdzono prątki gruźlicze. Sam jednak Freyhan nadmienia, że przypadek ów i bez nakłucia byłby się może wyleczył. Natomiast inni autorowie nie widzieli żadnego wyniku, albo tylko przejściowe polepszenie przy wodogłowiu i szybkie zejście śmiertelne przy mocznicy i nowotworach mózgowych. Mimo tych wyników niekorzystnych nakłucie lędźwiowe zachowa wartość leczniczą, jednak zdaje się tylko w surowiczem zapaleniu opon, opisanem, jak wspomniano, przez Quinckego.

Choroba ta zdarza się częściej u dzieci, przyłączając się szczególnie do chorób gorączkowych, jak zapalenie płuc, róża, nieżyt żołądka i jelit. U dorosłych zdarza się ona w przebiegu zapalenia płuc i duru, jako następstwo urazów, ostrego i przewlekłego zatrucia wyskokiem i ustawicznego przeciążenia umysłowego. Objawy odpowiadają zapaleniu opon mózgowych; zwykle istnieje przekrwienie dna oka lub tarcza zastoinowa, u dorosłych często zatrzymanie moczu. Tętno zwykle, choć nie zawsze, zwolnione; gorączka nieraz jest ciągła, czasem pojawia się tylko w pierwszych dniach lub wcale nie. Po 3—5-miesięcznem trwaniu tych objawów następuje zwykle dość raptownie zejście śmiertelne, a sekcya wykazuje jedynie rozszerzenie wszystkich komór mózgowych i zwiększenie się ilości płynu mózgowo-rdzeniowego. Część tych przypadków może samoistnie się poprawia, natomiast jako leczenie skuteczne Quincke i inni zalecają właśnie w tych przypadkach nakłucie lędźwiowe obok równoczesnych wcierań szaruchy.

Nakłucie można kilkakrotnie powtarzać, ilość upuszczonego płynu również może być różną. Quincke upuszczał do 80 cm. sz. zodrazu, Ziemssen do 90, Fürbringer do 110, a Lenhartz przez zostawienie kaniuli przez 36 godzin upuścił nawet raz 600 cm. sz. Lenhartz leczył też ciężkie przypadki bladnicy z silnymi bolami głowy i wymiotami zapomocą 1—4-krotnego nakłucia lędźwiowego. Szczególne znaczenie ma jednak nakłucie lędźwiowe w leczeniu zapalenia opon mózgowych u dzieci, które dawniej prawie zawsze kończyło się śmiercią. Wertheimber wyleczył w ten sposób dwa przypadki zapalenia opon u dzieci, powstałe w związku z zapaleniem płuc. Pierwszy przypadek trwał tylko 18 dni, w drugim, cięższym przypadku obok wcierań szaruchy wykonano 14 nakłuć lędźwiowych, z początku w 3—4-dniowych, potem w 8-dniowych odstępach i wypuszczano za każdym razem 5—80 cm. sz. płynu mózgowo-rdzeniowego, razem 560 cm. sz. jasno-surowiczego płynu, niezawierającego bakteryi. W początkowych nakłuciach, kiedy objawy ciśnienia mózgowego były cięższe, płyn o wiele powolniej się sączył i otrzymywano w $1^1/_2$ godziny 15—20 cm. sz. Przy późniejszych nakłuciach, kiedy stan ogólny już się polepszył, płyn z początku nieraz silnie strzykał i wydobywano w 3 kwadransach 80 cm. sz. Ilość uchodzącego płynu zależy zdaje się od wykonania nakłucia, jeśli się bowiem natrafia na włókna nerwowe, płyn pomału i kroplami lub wcale nie odpływa. Jeśli w wykrzywionem położeniu bocznem płyn tylko kroplami odchodzi, można chorego powoli wyprostować do pozycyi siedzącej, poczem płyn znowu szybciej się wydobywa.

Tak więc sposób Quinckego polepsza nieco rokowanie w niektórych zapaleniach opon mózgowych u dzieci, występujących szczególnie w związku z zapaleniem płuc lub inną chorobą ostrą, a które prawdopodobnie należy uważać za surowicze zapalenie opon bez udziału drobnoustrojów. Należy zaś wypuścić płyn mózgowo-rdzeniowy nietylko wtedy, jeśli nakłucie próbne wykaże ciśnienie wysokie, lecz także, jeśli objawy ogólne, a szczególnie badanie oka wykaże istnienie ucisku mózgu. Częstość tarczy zastoinowej powinna być ostrzeżeniem, by z nakłuciem nie czekać tak długo, aż chory wprawdzie nie życie, lecz wzrok już straci. Leber odnosi zanik nerwu wzrokowego do dawniejszego i ukończonego surowiczego zapalenia opon mózgowych. Nakłucia zaś tak długo trzeba powtarzać, dopóki ucisk mózgu nie ustąpi. W ten sposób można nietylko niejedno ciężko zagrożone życie, lecz także znikające czynności umysłowe, oraz wzrok, uratować. *Dr. J. Fels.*

Vörner. **Leczenie swoiste ciężarnych kobiet przez pochwę.** (*Dermatologische Zeitschrift*, B. XI, Heft 3, 1904). Od roku 1897 leczył autor ciężarne, zakażone kiłą, tak zw. metodą pochwową. Metoda ta polega na wprowadzaniu do pochwy 3-gramowych gałek (*globuli*), zawierających 12—15% rtęci, a sporządzonych z tłuszczu wieprzowego i łoju baraniego w równych częściach. Po wprowadzeniu gałki rtęciowej, która powinna się znajdować przed samem ujściem zewnętrznem macicy, należy dla utwierdzenia gałki w tem położeniu założyć do pochwy tampon, napojony mieszaniną gliceryny z taniną w stosunku 1:2. Gałki 3-gramowe wprowadza się codziennie do pochwy, można jednak u kobiet z mierną wydzieliną pochwową stosować 10-gramowe gałki, jedną co 3 dni.

Ten sposób leczenia przeciwkiłowego niewielu ma zwolenników; jak sam autor przyznaje, większość utrzymuje, że wogóle leczenie przeciwkiłowe u kobiet ciężarnych nie przynosi prawie żadnych korzyści dla płodu, a nawet są tacy jak: Hugnier i Fonberg, którzy twierdzą, że takie leczenie wprost szkodliwie wpływa na przebieg ciąży. Albers-Schönberg miał na osiem ciężarnych, leczonych bądź rtęcią, bądź jodem, siedem płodów zmacerowanych, a ósmy płód zmarł w krótki czas po porodzie. Inni podają 73% do 81% śmiertelności u dzieci matek kiłowych, swoiście w czasie ciąży leczonych.

Statystyka Vörnera obejmuje czterdzieści przypadków kiły u kobiet, których dzieci pozostawały pod nadzorem lekarskim przez pierwsze cztery miesiące od urodzenia, niektóre z nich i dłużej, aż do końca pierwszego roku. Z tych 40 kobiet, 22 uległo zakażeniu przed początkiem ciąży, reszta w pierwszych miesiącach ciąży.

Z pierwszej kategoryi jedenaście kobiet było leczonych bądź wcieraniami, bądź wstrzykiwaniami miąższowemi jeszcze przed początkiem ciąży, u wszystkich zaś stosowano w pierwszej połowie ciąży leczenie pochwowe.

Płodów żywych donoszonych było 36, zaś dwa porody przedwczesne płodów z objawami kiłowymi i dwa poronienia. U większej części dzieci objawy kiły występowały dopiero między 2 a 4 miesiącem, najczęściej w postaci wysypki guzkowej (10 przyp.) lub plamisto-guzkowej (5 p.), rzadziej w innych postaciach, jak: wysypki czysto plamistej (2 p.), kłykcin płaskich (3 p.), sapki kiłowej (*coryza*) (4 p.), zanogcicy (2 p.), wysypki krostkowej (1 p.), pęcherzycy kiłowej (2 p.). U 12 dzieci nie wystąpiły w czasie obserwacyi objawy kiły, a z nich zmarło 7 przed końcem pierwszego roku; z pozostałych 24 kiłowych zmarło 9. U tych dzieci, które znajdowały się w dobrych warunkach, to jest miały pokarm matki i staranną opiekę, przebieg kiły był łagodniejszy, i w tych tylko przypadkach zaznaczał się wyraźnie korzystny dla dzieci wpływ leczenia przeciwkiłowego matek. Na podstawie swojego doświadczenia uważa autor leczenie przeciwkiłowe przez pochwę za zupełnie nieszkodliwe dla przebiegu ciąży i zaleca je nawet w tych przypadkach, gdzie nie można się spodziewać utrzymania płodu przy życiu, a chodzi tylko o ułatwienie prawidłowego rozwiązania. *Dr. Stopczański.*

Sinnhuber. **Uraz, jako przyczyna niedomykalności zastawek tętnicy głównej.** (*Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 32, 1904). Jedną z najczęstszych przyczyn urazowego pęknięcia zastawek tętnicy głównej bywa nagły, nadmierny wysiłek mięśni, a szczególniej mięśni klatki piersiowej, pociągający za sobą wzrost parcia krwi w tętnicach, które znów ze swej strony — jeśli się często powtarza, — wiedzie do ustawicznego napinania się zastawek tętniczych, do stanów zapalnych i wreszcie do pęknięcia lub przedarcia. Drugą przyczyną mogą być urazy zewnętrzne, trafiające klatkę piersiową, jakoto uderzenia, pchnięcia, ucisk, upadek i t. d. Obok tego zdarzają się przypadki rzekomo samoistnego przedarcia zastawek, w istocie jednak w przebiegu zapalenia śródsierdzia. Jeśli więc rozpoznanie tego cierpienia ma być jakotako uzasadnione, powinno się opierać nietylko na powyższych danych, lecz także na pewności, że u chorego nie było poprzednio, t. j. przed urazem, niedomykalności zastawek tętniczych, ani też te zastawki nie były miażdżycowo zmienione lub zapaleniem dotknięte, wreszcie że przypadłości sercowe pojawiły się prawie bezpośrednio po zadziałaniu urazu. Badanie pośmiertne ma dla rozpoznania tylko wówczas pewną wartość, jeśli zostało dokonane wkrótce po wypadku, w przeciwnym bowiem razie wytwarzają się w miejscu przedarcia wybujałości, tak że trudno określić, co było zmianą pierwotną. Autor opisuje trzy przypadki urazowej niedomykalności zastawek tętnicy głównej. Pierwszy dotyczy 23-letniego mężczyzny, oddanego sportowi, uprawiającego nadto namiętnie grę w piłkę nożną. Przy pierwszym popisie wojskowym nie wzięty do wojska z powodu ogólnej wątłości rozwoju fizycznego. Pewnego dnia został wśród zabawy tak silnie piłką nożną uderzony w klatkę piersiową, że upadł zemdlony; — po przyjściu do siebie uczuł kłucie w okolicy serca. W 4 tygodnie później znów stawał do wojska i przy tej sposobności dowiedział się, że jest dotknięty wadą sercową wyższego stopnia. Z biegiem czasu rozwinęła się duszność, uczucie ucisku na klatce piersiowej, a badanie stwierdziło wszystkie objawy ciężkiej wyrównanej niedomykalności zastawek tętnicy głównej. Drugi przypadek odnosi się do 42-letniego cieśli, u którego badanie — przy sposobności ubezpieczenia się — żadnych zmian nie wykryło. W niejaki czas później spadł z deski i uderzył się w plecy. Bezpośrednio potem pojawiły się dolegliwości sercowe, a badaniem, w 2 miesiące po upadku dokonanem, stwierdzono niedomykalność zastawek tętnicy głównej (szmer rozkurczony). W trzecim wreszcie przypadku również powstały objawy choroby serca u 30-letniego mężczyzny po upadku na piersi z rusztowania $1^1/_2$ metra wysokiego. Badanie po przyjęciu na oddział szpitalny stwierdziło niedomykalność zastawek tętnicy głównej, w szczególności już zdala słyszalny, szeleszczący szmer rozkurczowy, nadto widzialne zdala tętnienia tętnicy skroniowej, stopowej i t. d. Przed wypadkiem nie doznawał ów chory żadnych przypadłości w zakresie narządu krążenia, ani w swym zawodzie jako tapicer, ani jako żołnierz podczas wyprawy włoskiej do Abissynii w roku 1896.

Wprawdzie w tych trzech przypadkach nie wykonano badania pośmiertnego, zmiany jednak i objawy po sobie następujące i ich związek z urazem są tak uderzające, że niema prawie żadnej wątpliwości, iż przyczyną niedomykalności zastawek był tylko sam uraz.

Dr. Pisek (Podgórze-Kraków).

Strasser. **Zabiegi wodolecznicze w chorobach sercowych.** (*Blätter f. klin. Hydrother.*, Nr. 7, 1903). Doc. Strasser odróżnia: 1) zabiegi miejscowe, stosowane bezpośrednio na okolicę serca i 2) zabiegi, stosowane na odległe części ciała lub wogóle na powierzchnię ciała. Z tych drugich odróżnić należy znowu stosownie do sposobu działania zabiegi, działające odruchowo wprost na serce i takie, które działając na naczynia skórne wpływają na krążenie krwi i tym sposobem pośrednio i na serce. We wszystkich zabiegach wodoleczniczych trzeba uwzględnić obydwie główne zasady leczenia chorób sercowych: czynnik oszczędzający i ćwiczący, a mianowicie w zabiegach miejscowych przeważa czynnik oszczędzający, w ogólnych ćwiczący. Wynika z tego przez dobór odpowiednich zabiegów i przez łączenie różnych zabiegów bardzo dokładne odmierzanie zabiegów wodoleczniczych; niemniej jednak — wobec bardzo różnej sprawności serca w jednej i tej samej chorobie — nie można trzymać się szablonu, lecz należy indywidualizować. Autor poleca miejscowe stosowanie zimna we wszystkich ostrych sprawach zapalnych. Zimno łagodzi też bole, będące następstwem zapalenia; bole kurczowe wymagają raczej miejscowego leczenia ciepłem. Chorzy z daleko posuniętem zwyrodnieniem mięśnia sercowego znoszą zimno często źle, u tych więc jest wskazane stosowanie ciepła. Do miejscowego leczenia najodpowiedniejsze są przyrządy wężownicowe. Co się tyczy zabiegów ogólnych, to u chorych na serce również stosuje się tak zimno, jak i ciepło (łaźnie parowe). Ostrożność zawsze jest wskazana. Chorzy nie znoszący zabiegów ogólnych, oddziaływają często dobrze na zabiegi miejscowe. Najważniejszem wskazaniem do stosowania gorąca jest puchlina. Bardzo zważać należy na czynnik mechaniczny, współdziałający przy nacieraniach i tuszach, gdyż jestto czynnik wzmagający pracę serca. Zawijania i okłady stosuje się jako zabiegi napotne i pobudzające. W nerwicach sercowych i chorobie Basedowa jest zawijanie wilgotne z wężem chłodzącym na karku najważniejszem leczeniem.

Baschkopf.

Knecht. **Przyczynek do nauki o schorzeniach układu nerwowego wskutek zatrucia tlenkiem węgla.** (*Deutsche med. Wochenschrift* 1904, Nr. 34). Autor opisuje dwa przypadki zatrucia tlenkiem węgla. Pierwszy z nich odnosi się do robotnika, który przed laty przechodził kiłę, a uległ zatruciu pracując w sali, w której paliły się dwa piece koksowe. Bezpośrednio po zatruciu utrata przytomności, która na razie szybko bez następstw minęła. Dopiero nazajutrz stracił przytomność na kilkanaście godzin, poczem można było stwierdzić prawostronne porażenie, połączone z zaburzeniami mowy (niemotą ruchową). Aczkolwiek w tym przypadku przebyta kiła niewątpliwie mogła usposabiać do udaru mózgowego lub wytworzenia się ogniska rozmiękczynowego, to jednak nie ulega wątpliwości, że bezpośrednią przyczyną zmian w mózgu było tu zatrucie tlenkiem węgla.

Drugi przypadek odnosi się do 56-letniej robotnicy, która na rok przed zatruciem doznała urazu w głowę i od tego czasu cierpiała objawy organicznej choroby mózgu. Samo zatrucie wywołało, podobnie jak w pierwszym przypadku, porażenie prawostronne, prócz tego jednak powstały objawy cierpienia nerwów obwodowych w postaci zboczeń czucia i tworzenia się wzdłuż nerwów obwodowych pęcherzy, wypełnionych płynem surowiczym. Z zestawionego przez autora piśmiennictwa wynika, że i cierpienia nerwów obwodowych, aczkolwiek niezbyt często, przecież w przebiegu zatrucia tlenkiem węgla występować mogą.

Dr. A. Rydel.

Dr. J. Fejér. **O zatruciach wilczą jagodą w praktyce okulistycznej.** (*Berliner klinische Wochenschrift*, 1904, Nr. 32). Autor opisuje 3 przypadki zatrucia wilczą jagodą. W jednym z nich powstało porażenie akomodacyi u lekarza, zażywającego wewnętrznie przed każdem jedzeniem szczyptę następującego proszku: *Extr. belladonnae* 0·1 *Pulv. rhei, Natri hydrocarbon. aa* 5·0. Objawy zatrucia ustąpiły w przeciągu 48 godzin po usunięciu leku i zażyciu środka czyszczącego. W drugim przypadku zażywała chora na wrzód żołądka 3 proszki dziennie następującego leku: Rp. *Bismuth. subnitr.* 10·0 *Extr. belladonnae* 0·6 *Mf. pulv. Div. in dos.* Nr. XX. Po wyżyciu 60 proszków rozwinęła się czasowa ślepota, która trwała przez 5 dni. Przypadek ten jest zdaniem autora unikatem. Ślepotę tłómaczyć można ostrem zapaleniem miąższowem lub zaburzeniem krążenia (niedokrewność, obrzęk) nerwu wzrokowego, przyczem atoli zmiana ta tylko czasowo zniosła przewodnictwo we włóknach nerwowych. W trzecim przypadku z powodu skaleczenia rogówki zalecono co 2 godziny następujące zakraplanie: Rp. *Atropini sufr.* 0·1 *Cocaini mur.* 0·2 *Aq. destil.* 10·0. Nazajutrz pojawił się nagły niepokój, uczucie suchości w gardle, zrywanie się, omamy, zaczerwienienie twarzy i przyspieszenie tętna do 130. Po usunięciu leku i wstrzyknięciu 0·02 gr. morfiny objawy ustąpiły w zupełności.

Dr. Blassberg.

Panse. **Leczenie zapaleń ucha bez zabiegów operacyjnych.** (*Münchener med. Wochenschrift* Nr. 27, 1904). Autor ostrzega przed wkraplaniem ciepłej oliwy do ucha i przestrzykiwaniami, wykonanemi przez laików: kojąco na bole działają zresztą ciepłe okłady lepiej, niż ciepła oliwa, a do wkraplania zaleca się 5% roztwór kwasu karbolowego w glicerynie. Leczenie przestrzykiwaniami autor wogóle odrzuca; z początku stosuje okłady wysychające na ucho, w razie potrzeby kilka proszków fenacetyny przeciw bolom i kilka dawek kalomelu do wywołania wolnego stolca. Nieraz wobec ustawicznych bolów działa dobrze kilka pijawek przed uchem. Leżenie w łóżku jest zawsze pożądane, lecz konieczne tylko przy silnej gorączce. Jeżeli objawy zapalne się wzmagają, nakłuwa błonę bębenkową, po nakłuciu wdmuchuje nieco mieszanki Macewena: (kwas borowy 4, jodoform 1), wsuwa pasek gazy i zakłada opatrunek, (u dzieci z opaską krochmalną). Skoro ropienie ustanie, należy tylko przewód uszny lekko tamponować gazą, nigdy watą, która się przykleja i drażni. Wdmuchiwań proszku również nigdy nie wolno poruczyć laikowi, gdyż przy nieumiejętnem wdmuchiwaniu mogą powstać twarde kamyki z kwasu borowego. Jeśli wydzielina jest śluzowa, wystarcza czysty kwas borowy: mieszanka Macewena zwalcza bardzo dobrze cuchnienie wydzieliny. Do sączkowania używa P. tylko gazy wyjałowionej, która lepiej chłonie, niż gaza jodoformowa. W dalszym przebiegu pędzluje autor przewód uszny 1—3% roztworem azotanu srebra, z początku codziennie, potem rzadziej, by błona przewodu nie uległa rozpulchnieniu i nie

stała się wrotami zakażeń wtórnych. Jeśli otwór w błonie bębenkowej zawcześnie się zamyka i powracają objawy wysokiego parcia w uchu środkowem, należy nakłucie bębenka powtórzyć. Równocześnie koniecznie trzeba leczyć gardło i nos, gdyż ich nieżyty, przerost migdałków i wyrośle gruczołowate prawie zawsze są punktem wyjścia cierpień usznych, a przedewszystkiem ich nawrotów. W bolesności wyrostka sutkowego P. stosuje worek lodowy, a ciepłe okłady tylko wtedy, jeśli chory nie znosi zimna. Pędzlowań nastoju jodowego i pijawek na wyrostek używa autor bardzo rzadko.

Dr. J. Fels.

Finger. **O niepowodzeniach w leczeniu rzeżączki.** (*Wien. klin. Rundschau*, Nr. 17 i 18, 1904). Omawiając leczenie rzeżączki przedniej części cewki moczowej, poleca prof. E. Finger koniecznie niezwłoczne rozpoczęcie leczenia, i to znanymi lekami przeciwrzeżączkowymi, jak protargolem, larginą, argoniną, albarginą, ichtarganem, argentaminą. Szczególny nacisk kładzie F. na to, aby używać do wstrzykiwań strzykawki o objętości co najmniej 10—12 cm.³ celem jak najdokładniejszego napięcia błony śluzowej cewki. Wstrzykiwać należy w regularnych odstępach czasu; chory podczas leczenia musi się odpowiednio zachowywać. Baczną należy zwrócić uwagę na zmazy nocne, które, jeżeli często się powtarzają, utrudniają leczenie. Najczęściej tłómaczy się niepomyślny wynik zwykłych sposobów leczenia rzeżączki przeoczeniem zapalenia tylnej części cewki i gruczołu krokowego. W końcu wskazuje F. na bardzo wielkie znaczenie rzeżączki gruczołu krokowego w nagłych nawrotach rzeżączki, pozornie zupełnie już uleczonej.

Baschkopf.

IV. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Protylinę podawał M. Burger (*Therap. Monatshefte*, 1904, czerwiec) w krzywicy po 1—2 grm. 3 razy dziennie po jedzeniu lub jako dodatek do zup, jaj i t. d., których smak przez to zupełnie się nie zmieniał. Protylina działa w krzywicy równocześnie jako lek przez znajdujący się w niej fosfor, i jako środek odżywczy dzięki zawartości białka. Z działania jej jest B. tak zadowolniony, że nie waha się polecić jej jako środek zapobiegawczy przeciw krzywicy. — B. próbował także użyć protyliny w zmiękknieniu kości (*osteomalacia*) i zauważył dobry skutek w 2 przypadkach tej choroby, podając po 4 grm. 4—5 razy dziennie. — Równie dobrze działała protylina, jako środek odżywczy i wzmacniający u ozdrowieńców i w rozmaitych charłactwach. — Gerhartz (*Therapie der Gegenwart*, 1904, maj) użył protyliny ze względu na zawarty w niej fosfor w przypadku porażenia dziecięcego w 17 miesiącu życia, do którego przyłączyły się wkrótce napadowe drgawki, powtarzające się 3—5 razy dnia. Porażenie ustąpiło wprawdzie pod wpływem mięsienia i elektryzowania, ale drgawki utrzymywały się pomimo podawania znacznych dawek bromu jeszcze przez pół roku. Dopiero po protylinie (łyżeczka dziennie przez dni 20) napady drgawek znikły, a przy dalszem podawaniu tego leku dziecko szybko się wzmacniało, nauczyło się chodzić, poczęło mówić i rozwijać się umysłowo. Wnosi stąd G., że w pewnych postaciach drgawek u dzieci fosfor jest lekiem skutecznym, a protylina dobrym jego przetworem.

Ah.

Bizmutozy używał Wehmer (*Therapie der Gegenwart* 1904, Z. 8) przeciw przypadłościom żołądkowo-jelitowym u suchotników w kierowanem przez siebie sanatoryum w Naurod (w ks. Nassau). Były to przypadki bez istotnych zmian gruźliczych w jelitach, jednakże z często powtarzającą się, wyniszczającą biegunką. Mianowicie często zdarza się, iż forsowne żywienie, mające zrównoważyć stratę na wadze, która powstała w toku gruźlicy płuc, — przeciąża przewód pokarmowy, tak że w końcu najlżejsze i najstrawniejsze pokarmy wywołują biegunkę. W 8 takich przypadkach bizmutoza wstrzymała biegunkę, a w 2 z nich podano razem aż do 500 grm. tego środka bez żadnej dla chorych szkody, przeciwnie z wielką korzyścią. W przypadkach przewlekłych po ustaniu biegunki waga szybko wzrastała, w 3 zaś przypadkach ostrych usunęła bizmutoza zarówno rozwolnienie, jak bole brzucha i odbijania. Autor zaleca więc próbować bizmutozy w najuporczywszych nawet biegunkach, w razie ostatecznym podając ją w lawatywach odżywczych. Wewnętrznie podaje się przy każdym większym posiłku po 1—2 łyżeczek bizmutozy, jako proszek rozmieszany w zupie lub kleiku.

Ak.

Acetozon, zwany także **benzozon** (benzoylacetylperoxyd) tworzy kryształki, rozpuszczające się w wodzie do 1‰. Freer i Novy podają, iż ciało to działa bardzo silnie bakteryobójczo, co wyzyskano w leczeniu duru. Podaje się najlepiej w roztworze wodnym 1‰, który z mlekiem zmieszany powinien być w okresie gorączkowym jedynem pożywieniem. Dzieci chętniej zażywają ten lek z sokiem pomarańczowym. Zwykła dawka roztworu wodnego wynosi 120—180 gr., co 4 godz. Tem leczeniem można podobno zmniejszyć o połowę liczbę przypadków śmiertelnych. (*E. Merck's Jahresberichte*, styczeń, 1904).

Baschkopf.

O kilku nowszych wskazaniach do stosowania **kwasu pikrynowego** donosi V. Milvard. Używa się tego środka w roztworze wodnym nasyconym, napawając nim okłady lub warstwy waty, w wyprysku mocno sączącym. Kwas pikrynowy ścina białko, przez co tworzy się powłoka ochronna. Dobre usługi oddawało to leczenie w zapaleniu okołopaznokciowem, wrastaniu paznokcia i t. p., następuje bowiem stwardnienie i znieczulenie bolesnych miejsc. (*E. Merck's Jahresberichte*, styczeń, 1904).

Baschkopf.

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo ginekologiczne lwowskie.

IV. Posiedzenie naukowe z dnia 4 maja 1904 r.

Przewodniczący: Dr. Kośmiński — sekretarz: Dr. Breiler.

I. Kol. Dr. Bocheński; *Dwa przypadki ciąży zamacicznej leczone operacyjnie* (z demonstracyą preparatów). W przypadku pierwszym chora przybyła do kliniki w 6 godzin po pęknięciu trąbki z rozległym krwotokiem w jamie brzusznej, w stanie bardzo znacznej niedokrewności, co chwila omdlewająca, prawie bez tętna. Po otwarciu jamy brzusznej usunięto kilka litrów krwi płynnej wraz z wielką ilością skrzepów, oraz płód, odpowiadający rozwojem 3-mu mies. księż. ciąży i wycięto pękniętą trąbkę. Na trąbce tej o ścianach grubych widać otwór o brzegach nierównych, długości mniej więcej 2½ ctm., umiejscowiony prawie w środku długości trąbki i przebiegający wzdłuż niej na górnej powierzchni. W ranie, powstałej po pęknięciu w ścianie trąbki, widać makroskopowo kilka naczyń otwartych o przekroju większym od jednego milimetra i krwawiących, jak to było widać podczas operacyi. Po odcięciu trąbki i zaopatrzeniu kikuta krwotok ustał. Przebieg pooperacyjny był zupełnie prawidłowy, — chora opuściła klinikę zupełnie zdrowa.

W przypadku drugim chora zgłosiła się do kliniki z powodu bólów w boku prawym, trwających od kilku tygodni i braku regularności od 2 miesięcy. Badanie wykazało po prawej stronie miednicy guz elastyczny wielkości cytryny dużej, kształtu mniej więcej owalnego, bolesny, pozostający w związku z prawym brzegiem macicy; macica sama nieznacznie powiększona, wyraźnie rozpulchniona. Rozpoznano ciążę zamaciczną trąbkową, rozwijającą się pomiędzy blaszkami więzu szerokiego. Operacya potwierdziła rozpoznanie w zupełności. Po podwiązaniu *lig. infundibulo-pelvicum* i końca macicznego trąbki udało się guz w całości wydobyć. Na uzyskanym preparacie widać, że guz przedstawia trąbkę silnie rozszerzoną i powiększoną o ścianach cienkich, zawierającą jajo płodowe, rozwijające się wewnątrz trąbki. Wyzdrowienie.

W sprawie postępowania w obec rozpoznanej ciąży zamacicznej rozwinęła się długa dyskusya. Kol. Dr. Wątorek przytacza spostrzeżenia z własnej praktyki, w których leczenie zachowawcze dało dobre wyniki. Kol. prof. Dr. Mars radzi w przypadkach rozwijającej się ciąży zamacicznej zawsze operować i postępować jak wobec nowotworów złośliwych. Kol. Dr. Bylicki sądzi, że rozpoznawszy ciążę zamaciczną, należy operować, wobec wytworzonego zaś krwotoku stosować leczenie zachowawcze. Kol. Dr. Sołowij uważa za wskazane operować nietylko wobec ciąży, ale i w przypadkach świeżo wytworzonego krwotoku. Kol. Dr. Kośmiński zaznacza, że dotąd jeszcze istnieje pomiędzy ginekologami różnica zdań, jakie postępowanie daje lepsze wyniki zwłaszcza wobec powstałego krwotoku, operacyjne czy zachowawcze. Zestawienia statystyczne nie mogą sprawy rozstrzygnąć, gdyż wyniki, uzyskane w klinikach i zakładach, muszą być różne od wyników w praktyce prywatnej. Jeżeli istnieją korzystne warunki do wykonania operacyi lub można je stworzyć, sądzi, że najbezpieczniej jest zawsze operować, gdyż w takim razie nie jest się zdanym w dalszym przebiegu na los przypadku, a powrót do zdrowia bezsprzecznie następuje po operacyi stosunkowo prędko w porównaniu z przypadkami, leczonymi zachowawczo. W dalszym ciągu przemawiali kol. Dr. Wątorek, kol. Dr. Bocheński, kol. Dr. Kośmiński i kol. prof. Dr. Mars.

II. Kol. Dr. Sołowij omawia *sprawę rozszerzania szyi macicznej w położnictwie.* Zaznaczywszy; że cel może być dwojaki, mianowicie: powolne rozszerzanie szyi macicy, gdzie niema naglącej potrzeby jej opróżnienia, a więc istnieją zwykłe warunki wywołania poronienia, względnie wczesnego porodu, tudzież — szybkie rozszerzanie szyi macicy przy groźnych powikłaniach, zagrażających wprost życiu ciężarnej, względnie rodzącej (drgawki, ostry obrzęk płuc, wada serca itp.), przechodzi prelegent do treściwego porównania wszystkich dotychczas znanych i używanych sposobów wywołania poronienia, względnie wczesnego porodu. Sposoby te dają się podzielić na trzy kategorye środków: *a)* działających drażniąco na macicę; *b)* działających drażniąco i wprost rozszerzająco na szyję macicy; *c)* krwawych — polegających na nacięciu szyi macicy.

Porównanie krytyczne tych wszystkich metod na mocy materyału, zebranego przez wielu bardzo poważnych autorów klinicznych, tudzież na mocy własnego kilkunastoletniego doświadczenia, doprowadza prelegenta do przeświadczenia, że »metreuryza« przewyższa wszystkie sposoby rozszerzania szyi macicy i łączy w sobie wszystkie zalety, jakich słusznie dzisiaj wymagać musimy. Działanie jej jest wielostronne, gdyż wywołuje bole, rozszerza łagodnie i pewnie szyję macicy, a równocześnie tamuje krwotok. W porównaniu z metodą Krausego, która do niedawna zajmowała stanowisko dominujące, oznacza „metreuryza“ znakomite skrócenie przebiegu poronienia, względnie wczesnego porodu na $^1/_4$ czasu (*vide*: zestawienia Löbleina, Zimmermanna, Rubeški i w. i.) i przewyższa ją znakomicie i w tym kierunku, że daje się pewnie przeprowadzić aseptycznie. Ale i w porównaniu z rozszerzadłami metalowemi, które w ostatnich czasach wchodzą z wielu stron w używanie, widzimy znakomitą przewagę zalet po stronie «metreuryzy». Na szczęście mnożą się w ostatnich czasach spostrzeżenia (Bischoff, Zangenmeister, Zweifel, Gessner, Orthmann, Hofmeier i w. i.), które położą tamę zbyt pochopnemu używaniu rozszerzadeł metalowych, wywołujących tak często pęknięcie szyi macicy tak, że należałoby ograniczyć stosowanie rozszerzadeł tylko do wyjątkowych przypadków zupełnej niepodatności szyi macicy, opierającej się wyjątkowo działaniu balonów gumowych, a groźnych n. p. wyjątkowo silnymi i częstymi napadami drgawek. W tych ostatnich przypadkach mogłyby wejść wyjątkowo w rachubę także nacięcia głębokie szyi macicy, względnie *sectio caesarea vaginalis.*

Z powodu spóźnionej pory dyskusyę nad odczytem uchwalono odłożyć do następnego posiedzenia.

V. Posiedzenie naukowe z dnia 25 maja 1904 r.

Przewodniczący: Dr. Kośmiński — sekretarz: Dr. Breiter.

I. Kol. prof. Dr. Mars: *Przedstawienie ciekawego przypadku po operacyi i preparatu anatomicznego.* Chora 58 lat licząca przybyła do kliniki, żaląc się na guz w brzuchu, istniejący od lat 17. Guz ten od dwóch lat szybciej wzrasta. Rozpoznano *kystoma ovarii sinistri nec non peritonitis chronica exsudativa.* Wśród operacyi przekonano się, że guz z przednią ścianą brzucha na całej przestrzeni jest zrośnięty i że otrzewna nie daje się od guza odłuszczyć, ale raczej z guzem pozostaje, a tym sposobem przy oddzielaniu przednia ściana brzucha zostaje pozbawiona otrzewnej. Wobec tego, nie chcąc powłok brzusznych zostawić bez otrzewnej, postanowiłem się dostać na tylną ścianę guza drogą ponad jego szczytem. W tym celu przedłużyłem cięcie brzuszne prawie do wyrostka mieczykowatego, poczem okazał się niezwykły obraz patologiczny. Mianowicie cały guz przedstawiał się w postaci grubego na kilka i kilkanaście centymetrów plastra, zrośniętego z powłokami brzusznemi; za tym plastrem znachodziła się jama otrzewnowa, w której było kilkanaście litrów wolnego, gęstego i mętnego płynu. Tylna ściana plastra opisanego i jelita, położone w jamie brzucha, pokryte były warstwą, gdzieniegdzie na centymetr grubą, złogów włóknikowych kruchych o zabarwieniu brudno-żółtawo-różowem. Postanowiono guz usunąć i o ile możności od tyłu odłuszczyć go od otrzewnej, co jednak tylko częściowo się udało z powodu jej kruchości. Otrzymaliśmy kilka płatów otrzewnej, które się od guza oddzielić dały; gdy jednakowoż odłuszczona otrzewna sterczała w postaci dużych strzępów do jamy brzucha, przeto przyłożono te strzępy do wewnętrznej powierzchni powłok brzusznych, a więc do obnażonych mięśni i zapomocą katgutu przyszyto w kilku miejscach do mięśnia, wyklejając w ten sposób otrzewną powłoki brzuszne od wewnątrz. Założono następnie paski z gazy jodoformowej do brzucha i zeszyto powłoki.

Przebieg pooperacyjny bez zaburzeń, bezgorączkowy; chora opuściła zdrowo klinikę w 16 dni po operacyi. W przypadku tym zwraca na siebie uwagę pomyślny przebieg pooperacyjny, względnie że otrzewna do powłok brzusznych przygoić się musiała i że takie przyklejanie powłok brzusznych było korzystne. Ze stanowiska klinicznego przypadek ten jest jeszcze ciekawy ze względu na przebieg i zachowanie się torbielaka w tym przypadku. Guz powstał przed kilkunastu laty prawdopodobnie przyszło z czasem do pęknięcia głównej jamy torbielaka, płyn wylał się do jamy otrzewnowej, gdzie spowodował przewlekłe zapalenie otrzewnej z następowymi tak znacznymi złogami włóknikowymi na wszystkich trzewach brzusznych. Różowe zabarwienie złogów włóknikowych zdaje się przemawiać za tem, że i krwotok do jamy brzucha musiał mieć miejsce. W dyskusyi zabierali głos: kol. Dr. Stroynowski, kol. Dr. Bylicki i kol. Dr. Sołowij.

II. Kol. prof. Dr. Mars: *O zastosowaniu przyrządu oziębiającego w przypadku krwawienia z kikuta po odjęciu macicy.* Prelegent otrzymał dla kliniki w darze przyrząd kol. Dr. Stroynowskiego, opisany w „Centralblatt f. G.“ Nr. 50 z roku 1902; dłuższy czas jednak nie miał stosownego przypadku, w którymby przyrząd mógł być użyty, wreszcie zastosował go z bardzo dobrym skutkiem w przypadku następującym: Przed kilku tygodniami wykonał prelegent *amputatio supravaginalis uteri myomatosi.* Po odjęciu guza w powstałej szypule wyciął lejkowato błonę śluzową szyi, przyczem było mierne krwawienie. Następnie zaszył piętrowo kikut i ukończył operacyę. W kilka godzin okazało się, że chora krwawi z kikuta macicznego do pochwy; krwotok był znaczny. Asystent kliniczny, Dr. Bocheński, zastosował tamponadę pochwy, ale bezskutecznie: krwotok trwał dalej. Wobec tego zastosował przyrząd Dr. Stroynowskiego, przepuszczając przez niego wodę zimną lodową; krwotok ustał natychmiast. Przyrząd był czynny kilka godzin. Zrazu obawiał się kol. Mars, czy skutkiem działania zimna przez czas dłuższy nie powstanie miejscowa zgorzel; obawa jednak okazała się płonną, chora przestała krwawić zupełnie i 18 dnia zdrowa opuściła klinikę. W dyskusyi wzięli udział: kol. Dr. Stroynowski, kol. Dr. Sołowij i kol. prof. Dr. Mars.

III. Kol. Dr. Bocheński przedstawia *chorą z rozstępem kości łonowych, powstałym w czasie porodu. Z. D.*, lat 32 licząca, rodziła 3 razy siłami natury na czasie; połogi odbyła prawidłowo. Obecnie była 4. raz w ciąży. W kilkanaście godzin po wystąpieniu czynności porodowej udała się z domu do kliniki w celu odbycia porodu. W drodze do kliniki przy silnym bolu urodziła nagle na ulicy, przyczem uczuła silny ból w okolicy spojenia łonowego. Przy pomocy przechodniów ułożono ją do dorożki i przywieziono do kliniki, sama bowiem nie mogła iść, ani się utrzymać na nogach. Badanie po przybyciu do kliniki wykazało stan następujący: macica połogowa dobrze zwinięta, okolica spojenia łonowego bardzo bolesna; bolesność ta występuje tak przy ruchach czynnych, jakoteż i biernych, i tak dobrze przy ucisku na kości łonowe, jakoteż i na kości miednicy w okolicy krętarzy ku wewnątrz. Kończyny dolne ułożone w rotacyi na zewnątrz tak, że zewnętrzne okolice stóp prawie spoczywają na pościeli. Pomiędzy końce wewnętrzne ramion poziomych kości łonowych można wprowadzić palec swobodnie i wyczuć wyraźny rozstęp pomiędzy kośćmi, przyczem chora odczuwa dotkliwy ból. Podobnie i przy badaniu wewnętrznem można palcem badającym wejść pomiędzy końce kości łonowych. Na końcu wewnętrznym kości łonowej strony lewej wyczuć można zgrubienie największe przy samym końcu tejże kości, zmniejszające się stopniowo na zewnątrz tak, że okolica środka ramienia poziomego kości łonowej lewej przedstawia grubość prawidłową. Rozpoznano: Rozstęp kości łonowych, powstały podczas porodu nagłego — ulicznego. W celu zbliżenia do siebie odstających końców kości łonowych próbowano założyć opaskę uciskową na miednicę, lecz musiano tego zaniechać, gdyż chora po założeniu opaski odczuwała jeszcze większy ból i to tak znaczny, że żadną miarą opaski znieść nie mogła. W czwartym dniu połogu wystąpiło podwyższenie ciepłoty, bolesność nad spojeniem łonowem znacznie się zwiększyła i równocześnie zauważono obrzęk bolesnej okolicy spojenia łonowego, zwłaszcza po stronie prawej. Obrzęk ten z dnia na dzień zwiększał się i posuwał ku stronie prawej i ku dołowi w kierunku wargi sromnej większej prawej. Po kilku dniach wystąpiło zaczerwienienie wargi sromnej większej prawej, a gdy obrzęk i zaczerwienienie mimo stosowania okładów kwaśnych i lodowych się

nie zmniejszały, nacięto wzdłuż wargę sromną prawą, poczem wydobyła się znaczna ilość ropy; jamę ropnia, dążącą aż do spojenia łonowego, wysetonowano gazą jodoformową. Od tego dnia ciepłota spadła do prawidłowej; jama stopniowo wypełniała się ziarniną i w 3 tygodnie nastąpiło zupełne wygojenie. Bolesność spojenia łonowego zmiejszała się z dnia na dzień, a równocześnie można było stwierdzić, że odstęp między kośćmi łonowemi stopniowo stawał się coraz mniejszy. W 7 tygodni po porodzie chora swobodnie może chodzić i nie odczuwa przy chodzeniu żadnego bolu. Zewnętrznie wyczuć można pomiędzy kośćmi łonowemi nieznaczne zagłębienie w postaci rowka; podobny rowek między kośćmi łonowemi wyczuć się daje i od wewnątrz. Wyraźnie jednakowoż stwierdzić można, że kości łonowe do siebie przylegają. Zgrubienie wewnętrznego końca kości łonowej lewej wyraźne, choć mniejsze, aniżeli w chwili przyjęcia chorej. Bolesności, nawet przy dość znacznym ucisku, nigdzie wykazać nie można. Powstanie rozstępu kości łonowych w tym przypadku tłómaczy prelegent w następujący sposób: kobieta ta prawdopodobnie dawniej musiała przebywać jakieś cierpienie, najprawdopodobniej sprawę zapalną w okolicy spojenia łonowego, za czem przemawiałoby zgrubienie lewej kości łonowej. Wskutek tego związek pomiędzy obiema kośćmi łonowemi był osłabiony. Pod wpływem gwałtownego napierania dużej główki płodu (płód ważył 3600 grm., dług 50 ctm.) przy silnym bolu nastąpił rozstęp. Przypadek ten ciekawy jest z tego powodu, że nastąpiło w nim zupełne zbliżenie kości łonowych, pomimo że nie stosowano opaski uciskowej, a nadto i z tego powodu że następowo po powstaniu rozstępu kości przyszło do zapalenia ropnego w stawie łonowym, poczem ropień ten przeszedł na stronę prawą aż do wargi dużej. Zaznaczyć w końcu należy, że chora ta, tak w domu jak i w klinice, nie była przez nikogo badana.

W dłuższej dyskusyi przemawiali kol. prof. Dr. Mars, kol. Dr. Bylicki, kol. Dr. Kośmiński i kol. Dr. Bocheński.

VI. Krynica, jej rozwój i jej obecne potrzeby.

Napisał

Dr. B. Skórczewski.

V. Kąpiele mineralne.

Powszechnie uznano, że Krynica przewyższa wszystkie zdrojowiska europejskie dwoma środkami leczniczymi, mianowicie klimatem i kąpielami mineralnemi. Ludzie, którzy się leczyli w licznych tego rodzaju zdrojowiskach, stanowczo twierdzą, że kąpiele te są dużo lepsze, przyjemniejsze i silniejsze, niż w Elster, Francensbadzie, Nauheimie i t. p., lubo nieszczędzili przytem bardzo ostrej krytyki pod względem tutejszych wygód i urządzeń leczniczych. Posiadamy więc materyał doskonały, lepszy, niż go mają inne wszechświatowej sławy miejscowości, ale nie umiemy tego materyału sprzedać, nie zachęcamy kupujących, lecz ich lekceważymy, zniechęcamy, odtrącamy. Kupujący jeszcze się garną, ale ich cierpliwość się wyczerpie, bo wyczerpać się musi, gdyż za swoje pieniądze każdy musi dostać to, co mu się należy, a co się ogłasza, że się ma do sprzedania. Taki stan rozpatrywaliśmy, mówiąc o kąpielach borowinowych, a przy mineralnych nie jest on lepszym. Łazienki mineralne wybudowano przed 38 laty o 72 wannach, a wtedy była frekwencya 1129 osób, kąpieli zaś wydawano 20.000. Obecnie frekwencya zwiększyła się sześciokrotnie, wynosi bowiem 6647 osób, liczba wydawanych kąpieli zwiększyła się trzykrotnie, bo 64,431 kąpieli w ostatnim sezonie. Zatem — zapewne wybudowano drugie, jeszcze większe łazienki? Takby wypadało z rachunku i tak powinno było być, tymczasem przyłatano w tymże budynku tylko 14 wanien. Godzi się więc przypatrzeć, jak były

Kąpiele mineralne w Krynicy wydawane w ostatnich 15 latach.

Rok	kąpieli	wanien	kąpieli na 1 dobę	osób na 1 wannę	1 wanna wydaje kąpieli przez sezon
1889	32413	79	7 8	52	410
1890	35547	„	7·0	56	449
1891	33438	„	7·0	42	423
1892	31818	„	6·8	58	403
1893	36005	„	6·9	57	456
1894	39510	79	8·5	58	500 *)
1895	44813	„	8·8	64	567
1896	39526	„	8·6	58	500
1897	40073	„	8·1	62	507
1898	39380	„	8·3	59	498
1899	50755	86	10·0	58	590
1900	54511	„	9·2	68	633
1901	58811	„	9 3	73	683
1902	60330	„	9 3	74	701
1903	64431	„	9·6	77	749

*) Krynicę objęto w zarząd Namiestnictwa.

Z tego widocznem jest, jak przeciąża się wydatność każdej wanny, gdyż z początkiem tego 15-lecia na jedną wannę przypadało 52 osoby, a w końcu aż 77 osób. Każda wanna musiała coraz więcej wydawać kąpieli na sezon: z 410 doszła do 749. Zjawisko co do liczby kąpieli na 1 osobę tylko w części daje się wytłómaczyć zabiegami wodoleczniczymi, ale przeważnie przyczyna leży w tem, że zmieniła się jakość publiczności, która za każdą cenę pragnie się leczyć, ale leczyć się nie może, bo nie może dostać kąpieli. Dlatego też średnia liczba kąpieli mineralnych na osobę wynosi 7·7, gdy dawniej wynosiła 15·5 (średnia od r. 1859 do 1877). Szczególniej wybitnie występuje zaniedbanie tej sprawy od chwili objęcia Krynicy przez Namiestnictwo, które właśnie od samego początku powinno było w tym kierunku działać z całą energią, tem więcej, że miało fundusze do rozporządzenia. Ale ono nie oglądało się na przeszłość i nie patrzyło w przyszłość zdrojowiska. Jak ta przyszłość powinna się przedstawiać, to łatwo obliczyć z rozwoju przeszłości. Przyjąwszy 10 kąpieli na jedną osobę, a 350 do 400 na 1 wannę, to tak się przedstawią

Kąpiele mineralne w przyszłych 25 latach.

od roku	do roku	średnio rocznie		wanien
		liczba osób	liczba kąpieli	
1904	1908	6922	69220	197
1909	1913	8860	88600	253
1914	1918	11341	113410	324
1919	1923	14515	145150	414
1924	1928	18579	185790	530

To znaczy, że po 20 latach będzie Krynica potrzebowała 530 wanien, aby wydawać mogła 185.790 kąpieli mineralnych na sezon. Ale skąd wody wziąść, skoro już dzisiaj ciągle się słyszy, że jej brakuje? Ze zdrojów, które są, a które zupełnie zaniedbano? O zdroju głównym mówiliśmy szczegółowo już poprzednio, tutaj tylko nadmienimy, że jego wydatność powinna wynosić nie 37, ale conajmniej 50 litrów na minutę, lecz należy go gruntownie zbadać i złe za każdą cenę usunąć. Zdrój Józefa (Dudzik I) już ujęty, zbadany i używany do 7 wanien, wydaje 14·8 litrów na minutę. Zdrój pomocniczy = „Dobrodziej“ —

w dziedzińcu łazienkowym wydaje według Dr. Kopffa 100 litrów na minutę, ale nie jest on należycie ujęty i zbadany, co koniecznie uczynić należy. Gdy to nastąpi, może on nie będzie tak wydatny, dlatego przyjmijmy tylko połowę dzisiejszej wydatności, t. j. 50 litrów na minutę. Zdrój Karola, którego wydatność podaliśmy przy obliczaniu wydatności zdroju głównego, według doświadczeń wykonanych przez Dr. Stirbę de Stirbica w roku 1817, a która wynosiła 46 litrów na minutę, przyjmijmy tylko 40 litrów. Woda z tego zdroju od pierwszych początków istnienia zdrojowiska była używana do kąpieli mineralnych i kanałem była przeprowadzona do zbiornika w łazienkach mineralnych wraz z wodą ze zdroju głównego. Dopiero w roku 1857 zdrój ten odsunięto, jako posiadający wodę słabszą, albowiem polegając na zbyt wysokich obliczeniach ilości wody ze zdroju głównego: 128 litrów na minutę zamiast 50—56 litrów, uważano, że wody do kąpieli nigdy nie zabraknie.

Zdroje słotwińskie I, II i III zasługują na osobliwą uwagę, gdyż posiadają bardzo duże ilości składników stałych 1·87, 2·95 i 1·80. O zdroju słotwińskim I, który obecnie używa się tylko do picia, podaje Aleksandrowicz na str. 75: „Szczawa słotwińska znacznie więcej posiada składników zsiadłych, niż krynicka, bo różnica przenosi 1/3 część. W tym samym stosunku zawiera ona więcej kwasu węglowego z zasadami połączonego. Węglanu żelazawego ma o 1/8 więcej, a cokolwiek tylko mniej kwasu węglowego istotnie wolnego. Zważywszy nareszcie tę okoliczność, iż gdyby wszystkie te 4 czy 5 źródeł połączono i ujęto w jedną cembrzynę, a co dałoby się zrobić, wtedy pozyskalibyśmy tym sposobem zdrój, który co do obfitości wody nie wieleby ustępował krynickiemu, a dostarczałby szczawę od niego silniejszą, a więc skuteczniejszą“. Na tem zdaniu polegając, możemy przyjąć, iż zdrój słotwiński I wydawać powinien co najmniej 25 litrów wody na minutę, czyli połowę tego, co daje zdrój główny.

O zdrojach słotwińskim II i III prof. Dr. Olszewski na str. 35 podaje: „Zdroje alkaliczne, tryszczące w Słotwinach i Szczawniku, zawierające znaczną ilość węglanu sodowego (1·9‰, 0·9‰, 1·2‰), nie mogąc tego składnika otrzymać z warstw piaskowca karpackiego, z którego wypływają, zmuszają nas do wniosku, że pomimo, iż trachit nie ujawnił się nigdzie w Krynicy i przyległych miejscowościach na powierzchni ziemi, znajduje się jednak on w głębi i ulegając powolnemu rozkładowi, zasila swemi składowemi częściami zdroje mineralne“. Czyż wobec tego trafnego spostrzeżenia nie należało się zająć tymi zdrojami? czy nie należało ich należycie pogłębić? Wielce prawdopodobnie odkryłoby się tu głębokie i obfite zdroje, które leżą 60 do 80 metrów powyżej zdrojowiska Krynicy, a więc łatwo byłoby ich wodę sprowadzać do kąpieli. Niechcąc jednak przesądzać co do obfitości tych zdrojów, przyjmijmy tylko możliwie minimalną ich wydatność po 5 litrów na minutę, to z drugiej strony ich woda składem chemicznym znakomicie się wyróżnia od innych i byłaby doskonałym lekiem pomocniczym w prowadzeniu kuracyi krynickich. Zdrój Sidora pamiętam z dawnych czasów, że posiadał smaczną wodę i dosyć silny miała odpływ, dziś przeważnie zasypany i woda nieodpływa. Przy należytem pogłębieniu i ujęciu tego zdroju można przypuszczać, że wyda conajmniej 14 litrów na minutę. O zdroju Dudzika II prof. Dr. Olszewski na str. 16 podaje, że „posiada znaczny odpływ, największy ze wszystkich badanych przezemnie 10 zdrojów krynickich“, a zatem większy niż Dudzika I, który ma 14·8 litra na minutę, możemy więc przyjąć conajmniej 20 litrów na minutę.

Kąpieli mineralne z różnych zdrojów krynickich.

Nazwa zdroju	wody litrów		kąpieli	
	na minutę	na dobę	na dobę	na sezon
Zdrój Główny . .	50	72.000	288	25.920
„ Józefa . .	14	20.160	80	7.200
„ Dobrodziej .	50	72.000	288	25.920
„ Karola .	40	57.600	230	20.700
„ Słotwiński I	25	36.000	144	12.960
„ „ II i III	10	14.400	58	5.200
„ Dudzika II .	20	28.800	115	10.350
„ Sidora . .	14	20.160	80	7.400
Razem . .	223	321.120	1.285	115 650

Z tego zestawienia okazuje się, że z tych 8 tylko zdrojów krynickich możnaby otrzymać wody mineralnej na 1.285 kąpieli dziennie, a licząc stałe ich wydawanie przez 90 dni, to na sezon można wydać 115.650 kąpieli. Jestto liczba kąpieli mineralnych, potrzebna według obliczeń do roku 1918, gdy frekwencya wzrośnie do 11.341 osób. Na następne 10 lat, t. j. do roku 1928, przy frekwencyi 18.579 osób potrzeba będzie 185.790 kąpieli, na które wodę możemy otrzymać przez zbiornikowanie wody ze zdroju głównego, a wtedy otrzymamy 115.650—25.920+194.850=194.850 kąpieli na sezon, czyli więcej, niż nam potrzeba według obliczonego rozwoju Krynicy w przyszłych 25 latach.

Pominęliśmy jeszcze liczne zdroje mineralne w bliższem i dalszem sąsiedztwie Krynicy, któreby się także dały zużytkować zarówno do picia, jak też i na powiększenie ilości wody na kąpiele, zwłaszcza bardzo obfite zdroje w Jastrzębiku, ale trzeba w tym kierunku coś działać, a tu się nic nie działa, jeno się z góry gołosłownie przeczy, że zdroje te nie posiadają żadnej wartości. Ścisłe ich zbadanie, należyte pogłębienie i odprowadzenie wody, zbadanie jej wydatności, staranne a gruntowne ich ujęcie, dokonanie ścisłych rozbiorów chemicznych i oddanie do użytku lekarskiego zarówno do picia, jak też na kąpiele, znakomicieby się przyczyniło do rozwoju Krynicy, a niekosztowałoby tyle pieniędzy, ile się zamierza wydać na bardzo problematyczne głębokie wiercenia. *Non multum sed multa*...

VII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Kursa dla wykształcenia służby dezinfekcyjnej.

Fizykat król. stoł. m. Lwowa urządził w bieżącym roku drugi bezpłatny kurs dla wykształcenia służby dezinfekcyjnej, przeznaczając go przedewszystkiem dla kandydatów z gmin zamiejscowych. Na zaproszenie za pośrednictwem c. k. Namiestnictwa i Wydziału krajowego oświadczyły następujące gminy gotowość przysłania odpowiednich kandydatów: 1. Kołomyja, 2. Horodenka, 3 Sądowa Wisznia, 4. Gródek, 5. Bóbrka, 6. Przemyślany, 7. Zbaraż, 8. Sambor, 9. Tarnopol, 10. Winniki, 11. Stryj, 12. Szczerzec, 13. Przemyśl, 14. Buczacz, 15. Janów, 16. Kleparów, 17. Rudki, 18 Złoczów, 19. Chodorów, 20. Mosty Wiel-

kie. Nadto zgłosiły uczestników kursu: dyrekcya Akademii rolniczej w (21.) Dublanach, miejski zakład wodociągowy w (22.) Woli Dobrostańskiej, zarząd kąpielowy w (23.) Lubieniu Wielkim, zarząd szpitala powszechnego krajowego we (24.) Lwowie i zakład krajowy dla obłąkanych w (25.) Kulparkowie. Wszyscy kandydaci zostali na kurs przyjęci; miasta Tarnopol i Buczacz przysłały po dwóch, szpital powszechny krajowy przysłał 5, a zakład dla obłąkanych w Kulparkowie 4 dozorców chorych. Wszystkich uczestników kursu, wraz z jednym funkcyonaryuszem senitarnym miasta Lwowa, było 35-ciu. Dla ułatwienia pobytu kandydatom zamiejscowym ofiarowała gmina miasta Lwowa bezpłatny nocleg w szkole św. Marcina, z którego też prawie wszyscy korzystali. W liczbie przysłanych kandydatów było 17 członków miejskich straży policyjnych, 4 członków straży ogniowej, 1 nauczyciel ludowy (Rudki), 1 maszynista (Wola Dobrostańska), 1 magazynier (Dublany), 1 funkcyonaryusz sanitarny (Lwów), 1 kąpielowy (Lubień) i 9 dozorców chorych (Lwów — Kulparków).

Kurs odbył się w czasie od 22-go do 27-go sierpnia b. r. i składał się z wykładów teoretycznych o chorobach zakaźnych i o dezinfekcyi, tudzież z ćwiczeń praktycznych wykonywania dezinfekcyi.

Wykłady wygłoszone przez fizyka miejskiego Dra Legeżyńskiego obejmowały naukę o zarazkach chorobowych, jako istocie chorób zakaźnych, o bakteryach, o sposobach szerzenia się chorób zakaźnych między ludźmi i zwierzętami, o sposobach zarażania się człowieka zdrowego; szczegółowo omawiano niektóre choroby zakaźne, jak gruźlica, błonica i dur brzuszny. Wykłady te były przeplatane wieloma demonstracyami. Pokazano mianowicie fotografie bakteryi w przeźroczu i modele bakteryi w 20—25 tysięcznem powiększeniu, udzielonem uprzejmie przez rektora Akademii weterynaryi we Lwowie Pana Dr. Szpilmana; dalej demonstrowano przy pomocy pięciu mikroskopów bakterye barwione i bakterye żywe w kropli wiszącej. Przedstawiono również roznoszenie bakteryi za pośrednictwem muchy (wpuszczono w oczach słuchaczy jedną muchę pod klosz szklany, pod którym rozmieszczono kilka czystych kawałków ziemniaka i jeden ziemniak z hodowlą *bacterium prodigiosum;* po upływie 24 godzin prawie wszystkie kawałki ziemniaka były zarażone bakteryami, jak o tem świadczyły czerwone plamy na czystych przedtem ziemniakach. Dla przekonania słuchaczów, że przez użycie wody, mydła i t. p. można osiągnąć tylko względną czystość rąk, dopiero zaś po użyciu środka dezinfekcyjnego właściwą czystość, — wyhodowano w termostacie kolonie bakteryi, które przez dotykanie palcami osiadły na sterylizowanych płytach Petriego, a których rozwój mógł każdy uczestnik kursu obserwować przez cały tydzień. W podobny sposób przedstawiono stopień zawartości bakteryi w pyle, mieszczącym się w sali wykładowej.

Doświadczenia te, wykonane w oczach słuchaczy, utkwiły im głęboko w pamięci i ułatwiły im znakomicie zrozumienie istoty chorób zakaźnych.

Wykłady o dezinfekcyi rozdzielono na dwie części, mianowicie: na naukę o dezinfekcyi w ogólności, którą objęto sposób dezinfekcyonowania za pomocą gorąca: przez palenie, gotowanie we wrzącej wodzie i użycie przyrządów parowych — i za pomocą środków chemicznych, przez użycie wody karbolowej (lyzolu, krezolu), mleka wapiennego, ługu, sublimatu i formaliny w przyrządach formalinowych (system Flüggego i Zarewicza) i użycie odwaniacza amoniakowego.

Wykład o dezinfekcyi szczegółowej obejmował dezinfekcyę w czasie choroby zakaźnej (urządzenie pokoju dla chorego, dezinfekcya jego osoby, przedmiotów zarażonych, wydzielin i środki ochronne dla sług, pielęgnujących chorego) i desinfekcyę po skończonej chorobie zakaźnej, a mianowicie: dezinfekcyę osoby wyzdrowieńca lub zwłok, dorożki, którą chory jeździł, n. p. do szpitala, dezinfekcyę wychodka i w końcu mieszkania chorego, t. j. pokoju, sprzętów i ubrań. Szczegółowo wyłożono porządek czynności przy odrażaniu mieszkania za pomocą pary formalinowej. Wykładom i demonstracyom przysłuchiwał się w czasie całego kursu inspektor szpitala krajowego radca Dr. Jan Stella-Sawicki.

Już podczas przeszłorocznego kursu dawał się dotkliwie uczuwać brak odpowiedniego popularnego podręcznika dla służby dezinfekcyjnej. Aby temu brakowi zaradzić, ułożył Dr. Legeżyński w formie katechizmowej (pytań i odpowiedzi) podręcznik, który starał się uczynić jak najprzystępniejszym dla służby dezinfekcyjnej, licząc się z tem, że przeznaczonym jest głównie dla ludzi o niewielkiej inteligencyi, dla członków policyi miejskiej lub straży ogniowych, woźnych i t. p. Tytuł tego podręcznika brzmi: *„Co to jest dezinfekcya i jak się ją wykonuje.“*

Ćwiczeniami praktycznemi, które wypełniły resztę czasu przeznaczonego na kurs, kierował Dr. Kielanowski. Na ćwiczeniach tych nauczyła się służba dezinfekcyjna w odpowiednio umeblowanych izbach odrażać mieszkania ludzi zamożnych, jak również mieszkania ludności biednej, przyczem uwzględniano przedewszystkiem sposoby najprostsze, najtańsze, a niezawodnie pewne.

Kurs zakończył się egzaminem publicznym w dniu 27 sierpnia, który zaszczycili swą obecnością: członek Wydziału krajowego W. P. Trzecieski, tudzież w charakterze egzaminatorów krajowy inspektor sanitarny radca Dr. Józef Barzycki, inspektor szpitali krajowych radca Dr. Jan Stella-Sawicki i rektor Akademii weterynaryi we Lwowie Dr. Józef Szpilman. Egzamin ten udowodnił, że wszyscy uczestnicy kursu byli zupełnie przygotowani i wyszkoleni w wykonywaniu wszelkich stosujących sposobów odrażania, przyczem niektórzy, obdarzeni większą inteligencyą, udowodnili szczególną bystrość umysłu. Wedle wyniku egzamin zdało 15 kandydatów z postępem bardzo dobrym, a 20 z postępem dobrym. Wszyscy otrzymali świadectwa podpisane przez egzaminatorów i przez fizyka miejskiego.

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 21 września.

* »Kuryer warszawski« w Nr. 260 donosi o dalszem powołaniu na plac boju w Mandżuryi przeszło 50 lekarzy z Królestwa polskiego; z samej Warszawy powołano trzydziestu, których nazwiska »Kuryer« przytacza.

* Ś. p. Dr. Zenon Cywiński, o którego śmierci w Wilnie donieśliśmy w poprzednim N-rze, należał do bardzo zasłużonych okulistów polskich. Uniwersytet ukończył w Moskwie, następnie kształcił się praktycznie w Warszawie, wreszcie pracował w klinikach: paryskiej, wiedeńskiej i berlińskiej. Osiadłszy w Wilnie, stanął na czele szpitala oftalmologicznego fundacyi hr. Tyzenhauza, a następnie został okulistą wileńskiego okręgu wojskowego. Parę prac z zakresu swojej specyalności ogłosił w tygodnikach warszawskich. Żył lat 75.

* We Lwowie poświęcono i otwarto »Poliklinikę powszechną« w celowo przebudowanym własnym domu przy ul. Lindego.

* Z funduszu uzyskanego drogą loteryi państwowej cesarz Franciszek Józef zezwolił przelać 10,000 koron do kasy Instytutu zapomogowego dla wdów i sierót po lekarzach, istniejącego przy Związku Towarzystw lekarskich w Austryi.

* Zbadanie pokładów geologicznych, z których wypływa zdrój oblęgorski »Ursus«, dało wynik nadspodziewanie dobry. Woda oblęgorska przepływa przez warstwy pstrego piaskowca i wydobywa się na powierzchnię pod znacznem ciśnieniem, którem warunkuje się obfita jej wydajność 124 litry na minutę. Po zbadaniu pokładów przez inżynierów okręgu kielecko-lubelskiego, przystąpiono do zabezpieczenia źródła i ujęcia go stosownie do wymagań balneotechniki. Następnie zarządzono ponowne chemiczne zbadanie wody: rozbiór chemiczny, wykonany przez prof. Znatowicza, dał następujące wyniki: W jednym litrze wody ze źródła znaleziono:

dwuwęglanu sodowego	1,3433
chlorku sodowego	0,2117
siarkanu wapniowego	0,0153
siarkanu magnowego	0,0135
węglanu magnowego	0,0106
	1,5949.

Na mocy wyników przytoczonego rozbioru można zaliczyć wodę oblęgorską do naturalnych szczaw alkalicznych. Co się tyczy własności fizycznych, to te stawiają wodę ze źródła »Ursus« w pierwszym szeregu; a że zawiera ona wolny kwas węglowy, więc może z korzyścią zastąpić zbliżone składem wody obce, jak bilińska, giesshüblerska, Apollinaris, selterska i t. d. Na zasadzie powyższych danych woda oblęgorska ze źródła »Ursus« została uznaną przez ministerstwo spraw wewnętrznych za naturalną wodę mineralną stołową, a co za tem idzie, charakter jej został urzędowo ustalony *(Wiadomości farmaceutyczne).*

* Jeszcze w bieżącym miesiącu zostanie otwarty i oddany do publicznego użytku nowy szpital dzieci w Łodzi, ufundowany przez małżonków Herbstów na uczczenie zmarłej przed paru laty ich córeczki. Koszt budowy wyniósł 200,000 rubli bez urządzenia wewnę-

trznego; zajmuje obszar $4^1/_2$ morgów, jest zbudowany systemem pawilonowym i posiada znakomite pod każdym względem urządzenie wewnętrzne. Zakład obliczony na 75 łóżek, lecz miejsca w potrzebie starczy na drugie tyle. Szpital jest pod wezwaniem św. Anny.

* Dr. Emil Swinarski objął kierownictwo znanego zakładu dla umysłowo chorych w Kowanówku (Księstwo Poznańskie). Właścicielem tego zakładu jest Dr. Karczewski.

* Wiceprezesem jarosławskiej Rady powiatowej wybrany został Dr. Adolf Dietzius.

* Między 28 sierpnia a 4 września doniesiono władzy o jednym przypadku ospy w powiecie dąbrowskim, oraz o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: buczackim, dobromilskim (po 1 gm.), rawskim (2 gm.), przemyskim (1 gm.), tarnopolskim (2 gm.), złoczowskim i żółkiewskim (po 1 gm.).

Mianowania i odznaczenia. Tytuł profesorski otrzymali docenci: Fischer w Freiburgu (anatomia), Wide w Stokholmie (ortopedia). Dr. Heyden mianowany został profesorem urologii w N. Yorku. Dr. Tricomi — mian. profesorem kliniki chirurgicznej w Palermo.

Nekrologia. Dr. Maksymilian Auscaler z Królestwa polskiego zmarł w Paryżu. Dr. Kazimierz Szymkiewicz, ceniony dentysta krakowski, odebrał sobie życie w Tarnowie. Żył lat 48. Dr. Rembold, b. profesor w Grazu, zmarł w Insbruku, licząc lat 71.

Bibliografia.

— *Gazeta lekarska* Nr. 37. Sterling: Badania nad czuciem wibracyjnem i jego znaczeniem klinicznem (c. d.). Halpern: O zachowaniu się chlorków w ustroju, ich stosunku do powstawania obrzęków i znaczeniu w dyetetyce przy zapaleniu nerek (c. d.).

— *Kronika lekarska* Z. 17. Sędziak: Rozpoznawanie i leczenie raków krtani (c. d.).

— *Medycyna* Nr. 37. Czarniecki: Oligofazya w epileptycznych zaburzeniach świadomości i praktyczne jej znaczenie. Smoleński: O znaczeniu leczniczem związków gliceryno-fosforowych u dzieci (dok.).

— *Przegląd kąpielowy* Nr. 11. Tchórznicki: Frekwencya w naszych zdrojowiskach i uzdrowiskach w ostatnich pięciu latach. L. Korczyński: Technika w usługach balneoterapii.

— *Krytyka lekarska* Nr. 8 i 9. Wrzosek: Lekarstpha w osobliwych niemoczach przez Simona Doktora z Łowicza.

— *Głos lekarzy* Nr 18 zawiera: Przed Sejmem. — Dane statystyczne co do dochodów lekarzy w miastach. — Uwagi o taryfie lekarskiej. — Czy Galicya potrzebuje powiększenia liczby lekarzy. — Z niwy dziennikarskiej. — Przeciw specyfikom. — Stanowisko lekarzy wobec Kas chorych. — Lekarz jako świadek sądowy.

— *Revue v neurologii, psychiatryi, fisikalni a diaetetické therapii* Nr 8: Chalupecký: Oční příznaky při traumatické neurose. Jirásek: Dvakrat zhojena meningitis tuberculosa u téhož individua.

— *Liečnički Viestnik* Nr. 9. Schwarz: Slučaj chronične invaginacije crieva. Totalna resekcija. Dežman: Aetiologia, prophylaksa i therapija tuberkuloze prema današnjem stanju znanosti.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 37. Kopfstein: Kasuistika vzácných nádorů v chirurgii (c. d.). Libenský: Užití paprsků Roentgenových ve vnitřním lékařství (dok.). Návrat: O samovraždě (dok.). Panýrek: K dějinám první pomoci.

— *La Presse médicale* Nr. 73. Gilbert i Lipmann: Pierwiastek fosforowo organiczny ziarn roślinnych. Kwas anhidrooksymetylenowo-dwufosforowy i jego działanie biologiczne. Tommasi: Uwagi nad tak zwanym „stanem wyzwalania się“ (status nescendi) w terapii.

Nr. 74. Azoulay: Włókienka nerwowe podług metody i prac S. Ramon y Cajala. Labbe: Stan »wyzwalania się« substancyi używanych w lecznictwie. Cautru: Kwas fosforowy, jego nieszkodliwość i główne wskazania do zastosowania leczniczego.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 37. de Amicis: Nowy przypadek świerzbu norwegskiego czyli strupiastego. Boeck: Kiła dziedziczna w drugiem pokoleniu. Finger: Uwagi kliniczne nad osutkami kiłowemi. Fournier: Rzut oka na kilka objawów skórnych, które mogą towarzyszyć przewlekłemu zapaleniu wyrostka robaczkowego. Hallopeau: O stałej osutce trądowej podobnej do płoniczej z następowym zanikiem skóry w ogniskach prosowkowatych. Nowa odmiana. Hutchinson: Niektóre moje zapatrywania. Jadassohn: Choroby skórne, wywołane drogą krwi przez zakażenie i trucizny. Pernet: Przypadek drugorzędnej kiły powikłany ciężką chorobą oczów. Pick i Asahi: Leczenie eozyną i światłem. Thibierge: Warunki powstawania barwikowych osutek na tle kiłowem (leucoderma syphiliticum). Welander: Jak i gdzie należy leczyć dzieci obarczone kiłą dziedziczną?

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 37. Lewkowicz: Cytologiczne badanie wysięków i przesięków. Wintersteiner: Uwagi nad częstością i zapobieganiem śluzoropotokowi noworodków. Herbst: Zapalenie tarczy nerwu wzrokowego a brak miesiączki.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 37. Grober: Moczówka prosta z ogniskowymi objawami mózgowymi. Derlin: Wielorakie żółciaki (*xanthoma*) guzowate w związku z cukrzycą. Sprengel: Znaczenie leukocytozy dla ustalenia wskazań w ostrem zapaleniu wyrostka robaczkowego. Blumenthal: O pochodzeniu prątków duru prawdziwego i rzekomego w chorobach dróg żółciowych. Bickel: Badania soku żołądkowego. Bruns: Zaszczepienie gruźlicy przy morfinizmie. Deutsch: Radioterapia przy guzach macicy. Zesas: Rakowate zwyrodnienie kaszaka na głowie. Bechtold: Przypadek kurczowego porażenia rdzeniowego w następstwie zatrucia ołowiem. Nohl: Róża zgorzelinowa noworodków. Weissbart: Parowy przyrząd do celów leczniczych. Wagner: O gnilcu przypadkowym (dok.).

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr 38. Neisser: Moje doświadczenia nad przenoszeniem kiły na małpy. Hallopeau: Zasady leczenia kiły. Rosenthal: Leczenie kiły. Hutschinson: Uwagi nad rakiem. Hansen: Trąd rzekomy. Lie: Leczenie trądu. Forchhammer: Kliniczne uwagi nad leczeniem światłem po uczuleniu. Kothe: Wpływ fotodynamicznych substancyi na działanie promieni Röntgena.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności m. Krakowa“.

W tygodniu 37 (od 11/IX do 17/IX) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 38, dz. 26; nieżywo: chł. 2, dz. —. — **Zmarło:** miejscowych: męż. 12, kob. 18; zamiejscowych: męż. 10, kob. 5.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych —, obcych —. 2) gruźlica: miej. 5, ob. 3. 3) zapalenie płuc: miej. 5, ob. —. 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. —. 5) krztusiec: miejsc. — ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica: miej. —, ob. —. 8) odra: miej. —, ob. 1. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. —. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 6, ob. —. 14) cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. —. 16) zakażenie przyranne: miej. 1, ob. —. 17) inne choroby zakaźne: miej. —, ob. —. 18) choroby przen. ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. 2, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 3, ob. 5. 21) nowotwory: miej. 3, ob. 2. 22) inne przyczyny śmierci natur.: miej. 3, ob. 4. 23) śmierć przypadkowa: miej. 1, ob. —. 24) śmierć gwałtowna: miej. 1, ob. —. **Razem** miej. 31, obcych 15.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.